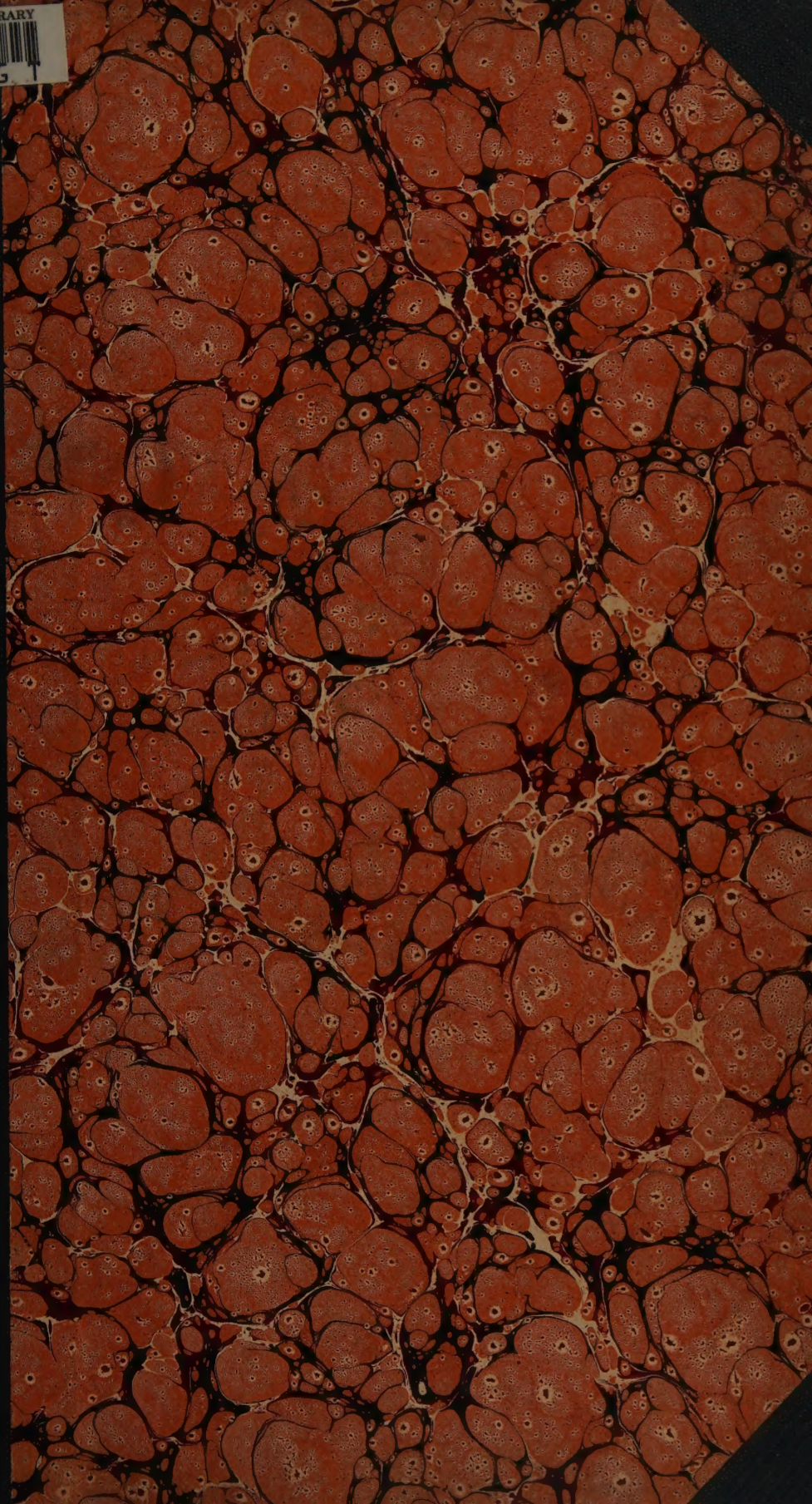


AY LIBRARY  
XXG 1





*BOSTON*  
*MEDICAL LIBRARY*  
*8 THE FENWAY*







DE  
**L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE**  
**TOTALE**

*Appliquée au traitement du Prolapsus utérin complet*





DE

# L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

TOTALE

482

Appliquée au traitement du Prolapsus utérin complet

PAR

Le Dr Gaston LANIQUE

Ex-Interne des hôpitaux



NANCY

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST

51, RUE SAINT-DIZIER, 51

—  
1894





## INTRODUCTION

---

Pendant notre année d'internat dans le service de M. le professeur Heydenreich, il nous a été donné d'assister à quelques hystérectomies vaginales totales dans les cas de prolapsus utérin complet. Cette opération avait soulevé tellement de controverses, dans ces derniers temps, qu'il nous a semblé intéressant de fixer les esprits, d'une manière aussi précise que possible, sur cette question encore à l'ordre du jour et toute d'actualité en France.

Pour ce faire, il nous faudra, après un aperçu historique sommaire, étudier d'abord l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette affection, ce qui, à notre avis, sera d'un grand secours pour le chirurgien en lui faisant connaître son champ d'opération : la technique de l'hystérectomie vaginale totale en sera la conséquence. Passant de là à l'étude de cette opération, nous en décrirons le manuel opératoire applicable à l'affection qui nous occupe. Les indications de l'intervention chirurgicale seront ensuite énoncées d'après les observations que nous publierons et relaterons. A ce chapitre feront suite les conclusions. En conséquence nous diviserons notre ouvrage en six chapitres :

1° Aperçu historique ;

2° Étiologie et anatomie pathologique du prolapsus utérin complet ;

3° De l'hystérectomie vaginale totale. Manuel opératoire ;

4° Observations ;

5° Indications de l'hystérectomie. De ses suites ;

6° Opérations complémentaires ;

7° Conclusions.

Mais, avant d'entrer au cœur de notre sujet, nous adressons un hommage sincère et respectueux à notre maître, M. le professeur Heydenreich ; qu'il nous permette de le remercier tant pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, que pour la sympathie et les bons conseils qu'il nous a prodigués au cours de notre année dans sa clinique : un tel maître ne peut que laisser d'excellents souvenirs à ceux qui l'ont approché.

Nous présenterons aussi à M. le professeur agrégé P. Parisot l'expression de notre reconnaissance pour les sages leçons qu'il nous a données pendant notre année d'internat à la clinique des vieillards.

D'un autre côté, il serait ingrat de notre part d'oublier que nous avons été externe de MM. les professeurs Gross et Bernheim, qui ont été nos premiers maîtres et ont guidé nos premiers pas dans les cliniques ; qu'ils veuillent bien croire à toute la gratitude de leur ancien élève et au respect qu'il leur porte.

Nous présenterons aussi à MM. les professeurs agrégés Vautrin et Février l'hommage de notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous ont donnés au cours de nos études chirurgicales, et exprimerons enfin notre vive et sincère amitié au docteur Frœlich, notre chef de clinique, et aux docteurs Renaud et Geoffroy, nos collègues d'internat.

---





## CHAPITRE PREMIER

### **Aperçu historique.**

La discussion, qui s'est ouverte devant la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1893, indique suffisamment l'importance de notre sujet, surtout si l'on considère l'acharnement que l'on mit de part et d'autre à combattre ou à défendre l'hystérectomie vaginale totale dans le prolapsus utérin complet.

Depuis longtemps déjà, les chirurgiens étrangers s'en étaient occupés, mais sans se prononcer d'une manière certaine et affirmative. Des règles, des indications avaient bien été énoncées, mais timidement, les cas publiés étant trop peu nombreux pour fixer les esprits indécis. Comme on le verra plus loin, les observations sont actuellement en assez grand nombre pour permettre de tirer des conclusions et exposer les desiderata de l'ablation totale de l'utérus dans le prolapsus utérin complet.

Lorsque l'on considère la liste des procédés en usage pour obvier à la chute de l'utérus on est tenté de croire, et cela, peut-être avec raison, que chacun d'eux laisse à désirer. Leur nombre est une preuve de la sollicitude que les chirurgiens ont mise à tenter la guérison radicale de cette infirmité. Mais un doute subsiste lorsqu'on lit des observations relatant des opérations de prolapsus par la colporrhaphie, la périnéorrhaphie et autres opérations analogues ou tendant au même but. Pourquoi allier la plupart du temps deux ou plusieurs de ces procédés chez la même personne. Cela indique-t-il leur excellence, leur

supériorité ? Non, c'est une preuve du contraire et lorsqu'il considère cet utérus, causant une si grande infirmité, ayant souvent perdu droit de cité dans le bassin, le chirurgien est forcé de se demander si son ablation ne serait pas un bienfait pour ces infirmes qui désespèrent si souvent les opérateurs. Tel qui ne reculera pas devant une laparotomie exploratrice ou autre opération sérieuse ne s'avouera pas désarmé en face du prolapsus traité par l'hystérectomie. Les chirurgiens modernes connaissaient trop bien les complaisances du péritoine pour eux pour ne pas s'essayer dans l'ablation de la matrice.

Etudions donc les progrès réalisés dans cette voie et jetons un coup d'œil rapide sur l'histoire de l'hystérectomie dans notre cas. Nous y verrons que, malgré tout, l'idée a fait son chemin et, qu'à l'heure actuelle, les cas opérés sont nombreux.

La thérapeutique est-elle efficace ? C'est une autre question qui ne peut se résoudre qu'avec le plus grand nombre d'observations à l'appui.

L'hystérectomie vaginale totale n'est pas une opération née d'hier. Imaginée au début du siècle par Sauter (1), Siebold, Langenbeck et d'autres pour extirper les utérus cancéreux ou fibromateux, elle avait déjà été proposée mais non exécutée par Oakley, médecin de Birmingham, en 1857, ainsi que l'atteste une lettre qu'il adressait à Smellie vers cette époque.

Langenbeck, en 1813, fit la première ablation d'un utérus cancéreux prolapsé par la voie vaginale, il fut suivi de près par Récamier qui, le premier, en détermina le manuel opératoire d'une manière précise et nette. Ses résultats ne furent pas, paraît-il, encourageants, car l'opération fut unique ; le manque d'antisepsie et l'insuffisance des moyens d'hémostase condamnèrent l'hystérec-

: (1) Notre historique est tiré en grande partie de celui que M. Quénu publia en janvier 1894 dans les *Annales de gynécologie*.



tomie à l'oubli en France. On retrouve encore, dans les archives médicales danoises, les traces de la même opération pratiquée par Gebhardt en 1836 ; deux ans plus tard le *Journal d'Oppenheim*, publié à Hambourg, citait le cas de Jurgensen qui présenta à la Société de médecine, un utérus prolapsé qu'il avait enlevé, le croyant cancéreux, ce qui fut nié par ses collègues.

C'était la première hystérectomie pratiquée par un prolapsus non compliqué de tumeur ; Edwards, en 1864, fit la seconde. Il s'agissait d'une vieille femme de soixante-quatorze ans dont la chute de la matrice, contenue par des pessaires et des bandages pendant de longues années, s'accrut finalement jusqu'à devenir irréductible. Au bout de quarante-huit heures, le sphacèle envahit l'organe et força la main à l'opérateur. La malade guérit. Jusqu'alors les chirurgiens ne pratiquaient l'hystérectomie qu'en désespoir de cause, se retranchant, pour expliquer une intervention aussi sérieuse, derrière des affections plus sérieuses encore.

Il faut consulter les livres spéciaux de 1867 pour arriver à une opération faite de parti pris par Choppin dans un cas de chute complète. Le silence s'établit pendant quelques années et l'on cite les observations de Patterson et de Corradi en 1876, de Kehrer en 1877, de von Teuffel, de Martin et de Kaltenback en 1880. L'impulsion était donnée, l'antisepsie était connue, les chirurgiens, à l'envi depuis cette époque, principalement en Autriche, en Allemagne et en Amérique, pratiquèrent l'hystérectomie. Les opérateurs français ne s'étaient pas encore laissé tenter par les succès obtenus à l'étranger, quand Richelot, le 25 juillet 1886, opéra, de parti pris, un prolapsus utérin complet par l'hystérectomie. Le résultat thérapeutique ne fut pas encourageant et l'on comprend l'hésitation de ses collègues français à le suivre dans la même voie. Quelques années plus tard, cependant, il y eut un réveil, Terrillon en 1889,

Gouilloud en 1891, Quénu en 1892, publiaient des observations. Les cas, dès ce moment, devinrent plus nombreux, et il est plus que certain qu'il y en a d'inconnus et non relatés.

Pour notre part nous nous contenterons de citer le plus grand nombre d'observations possible et d'en tirer les conclusions d'une manière impartiale. Les objections seront nombreuses, les partisans des procédés anaplastiques l'étant aussi, mais de la discussion naît la lumière, puisse cet adage se vérifier.

---



## CHAPITRE II

### **Étiologie et anatomie pathologique du prolapsus utérin complet.**

Nous n'avons pas la prétention, en abordant l'étude ci-après, d'émettre des idées nouvelles ou originales sur un sujet connu et suffisamment étudié. Notre seul but est de concentrer d'une manière succincte la pathogénie et principalement les rapports de l'utérus prolapsé pour en déduire le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale dans cette affection.

On dit qu'il y a prolapsus utérin ou précipitation quand l'organe a franchi la vulve en entraînant à sa suite le vagin renversé. Dans ce cas, on est en face d'une tumeur ayant presque le volume du poing, composée au centre du col et bordée des parois vaginales qui coiffent l'utérus. Les causes de ce déplacement sont multiples. Tantôt une femme se sera levée trop tôt après un accouchement et ses ligaments, ronds, utéro-sacrés, allongés pendant la grossesse, auront une longueur trop grande pour retenir l'organe en place. Tantôt et souvent simultanément le vagin imbibé ou le périnée déchiré failliront à leur rôle de soutien et l'utérus augmenté de volume et de poids, mal fixé en haut, mal soutenu en bas, tendra à s'abaisser et à franchir la vulve. Joignez à cela des efforts incessants chez des femmes qui travaillent un labeur pénible, qui toussent, dont l'utérus est parfois fibromateux, par contre plus pesant, dont les planchers pelvien ou périnéal sont naturellement peu résistants et vous vous ferez facilement une idée de

toutes les causes capables de produire la chute de la matrice.

Il est facile de comprendre que dans ces conditions les rapports anatomiques seront changés avec les organes voisins et qu'il est de la plus haute importance pour les chirurgiens de connaître la nouvelle situation de l'utérus au milieu de ce délabrement.

Le plus souvent la paroi vaginale subit la première un déplacement entraînant presque toujours la vessie et le cul-de-sac péritonéal antérieur qui double le creux vésico-vaginal. La cystocèle, il faut le dire, ne sera pas une conséquence inévitable de la colpocèle antérieure. La paroi vaginale postérieure, elle, se prolàbera très rarement la première, mais accompagnera toujours la chute complète de l'utérus dans son mouvement de descente. La cloison recto-vaginale, très lâche, subira un véritable dédoublement sous l'effort des tiraillements, créant ainsi une cavité plus ou moins grande que le cul-de-sac de Douglas viendra tapisser. Une conséquence directe de ce qui précède est qu'en arrière le péritoine doublera immédiatement la paroi vaginale prolabée, tandis, qu'en avant, on se trouvera en face d'une cystocèle et d'une cloison qui n'aura subi aucun changement, quant à sa longueur, on n'arrivera donc au cul-de-sac péritonéal antérieur qu'après un décollement laborieux et souvent pénible. Le col utérin qui, à l'état normal, proémine toujours au fond du vagin, dans ce mouvement de descente, se continuera sans transition avec les parois vaginales inversées et l'on aura une tumeur tronconique à base supérieure, dont la circonférence se confondra avec la vulve, à sommet inférieur qui sera le col sur lequel s'insère la muqueuse vaginale. Si les feuillets péritonéaux en contact ne s'enflamment pas, la tumeur sera réductible, ce qui est la règle dans les prolapsus récents; en cas contraire, dans les prolapsus anciens, quand il se sera produit une inflammation adhésive, l'organe procident sera irréductible.



Fig. I



*Prolapsus simple complet sans cystocèle ni rectocèle*

- \_\_\_\_\_ péritoine
- \_\_\_\_\_ utérus
- \_\_\_\_\_ vessie
- \_\_\_\_\_ rectum
- \_\_\_\_\_ parois vaginales prolabées
- \_\_\_\_\_ méat urinaire



Fig. II



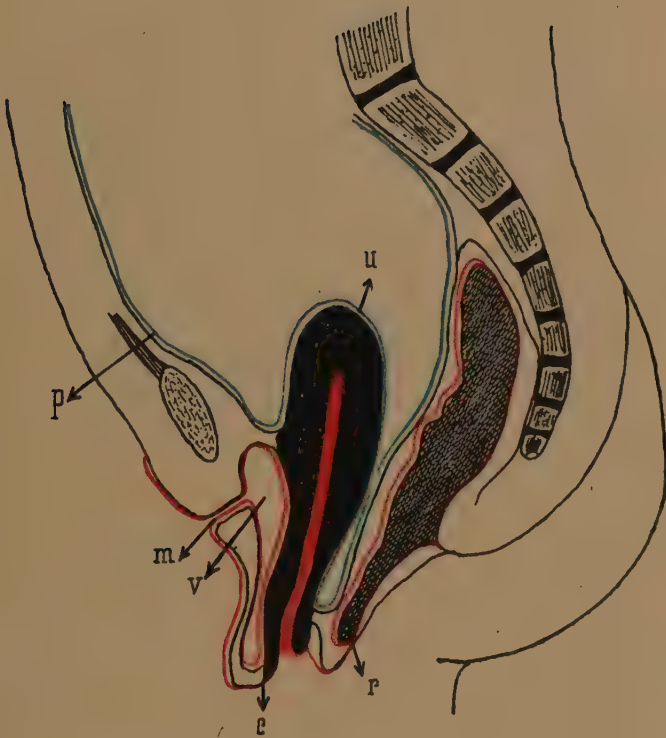
*Prolapsus complet de l'utérus et du vagin avec cystocèle.*

- p ——— péritoine
- u ——— utérus
- v ——— vessie
- r ——— rectum
- c ——— parois vaginales prolabées
- m ——— méat urinaire





Fig. III



*prolapsus accompagné de cystocèle et d'allongement hypertrophique sus vaginal du*

péritoine

utérus

vessie

rectum

parois vaginales prolabées

méat urinaire





Le col peut être atteint aussi d'un allongement hypertrophique. Sans nous arrêter sur les théories émises à ce sujet, nous dirons de suite que la chose se reconnaît immédiatement par l'hystérométrie. Cette dernière, en effet, qui nous donne une profondeur de cinq et demi à six et demi centimètres pour un utérus sain, nous fournira une longueur supérieure dans les cas d'allongement. Quand le segment sus-vaginal sera hypertrophié, les culs-de-sac péritonéaux occuperont la même situation que s'il y avait un prolapsus ordinaire.

S'agit-il au contraire de l'allongement du segment moyen, la situation des culs-de-sac restera normale, et alors ces derniers seront difficiles à atteindre. Mais comme il est aisé de se le figurer dans ces conditions, le chirurgien ne pourra s'en rendre compte qu'en opérant, ce qui créera pour lui une nécessité absolue de raser le plus possible l'utérus dans son décollement, soit antérieurement, soit postérieurement.

Pour ajouter aux explications, nous y joignons quelques schémas donnant les rapports de l'utérus avec le péritoine et les organes voisins.

---

## CHAPITRE III

### **Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale dans le prolapsus utérin complet.**

Nous donnerons dans ce chapitre tous les détails nécessaires pour pratiquer l'hystérectomie vaginale totale dans le cas qui nous occupe. Les conditions où se pratique l'opération sont des plus favorables pour la mener à bien.

Lorsqu'on s'attaque à un utérus complètement sorti de la vulve, le manuel opératoire est de beaucoup simplifié si on le compare à ce qui se passe lorsque l'organe occupe sa situation normale dans le bassin. Tout se passe, en effet, à ciel ouvert, d'où possibilité de prendre des mesures antiseptiques rigoureuses, d'assurer l'hémostase d'une manière complète, d'éviter les blessures des organes voisins, chose difficile lorsqu'il faut travailler au fond d'une cavité où les mouvements sont nécessairement limités et gênés.

Les premières précautions à prendre tendront à rendre les parties intéressées le plus aseptiques possible, aussi, dès la veille, y appliquera-t-on des compresses au sublimé que l'on enlèvera seulement au moment d'opérer. Le matin même de l'intervention, on donnera un lavement simple pour évacuer les matières fécales remplissant le rectum et le bout inférieur de l'intestin. On se sera rendu compte, au préalable, dans les jours précédents, des rapports qui existent entre l'utérus, le rectum et la vessie. A cet effet, on pratiquera le toucher rectal pour voir s'il

existe ou non de la rectocèle. L'exploration vésicale sera faite à l'aide d'un cathéter d'homme en argent à béquille qui, une fois introduit, aura le bec dirigé en avant, de manière à s'insinuer dans le cul-de-sac vésical hernié s'il existe de la cystocèle. Cette exploration pourra se faire seulement au moment d'intervenir, car, dans le cas de hernie de la vessie compliquant un prolapsus utérin, l'extrémité de la sonde aidera puissamment le chirurgien en lui fixant les limites de la vessie, ce qui est d'une utilité très grande si l'on ne veut pas léser la paroi inférieure de cet organe ; la sonde sera donc maintenue en place par un aide pendant toute la durée de l'opération.

Ces précautions prises, la malade étant endormie dans la position obstétricale, on attirera fortement l'utérus en haut et en avant à l'aide d'une pince de Museux. De cette façon, la paroi postérieure du vagin devenue antérieure sera très accessible. C'est sur le segment correspondant du col que courra la première incision sur les limites du rebord cervical, cette incision n'intéressera d'abord que la paroi vaginale postérieure. Ceci fait, on ira lentement et avec précautions à la recherche du cul-de-sac de Douglas, en rasant l'utérus et en se servant de ses doigts pour décoller les adhérences : le repli péritonéal sera vite découvert ainsi que l'indique l'anatomie, on l'incisera de même que le vagin et on en suturera la partie postérieure à la tranche vaginale correspondante. Un tampon iodoformé est ensuite laissé à demeure, puis l'utérus est abandonné à sa position normale, on l'attire même en arrière et en bas à l'aide de la pince de Museux. On attaque alors l'insertion vaginale antérieure sur le col, prolongeant l'incision postérieure sur la paroi antérieure. Comme nous l'avons dit plus haut, le cul-de-sac vésico-utérin est très haut placé et nécessite, pour arriver à lui, une dissection artificielle, en général très pénible, qui sera pratiquée soit avec les doigts, soit avec les ciseaux, et à petits coups, mais toujours en rasant



l'utérus et en utilisant les indications fournies par la sonde introduite dans la vessie. L'opérateur s'arrangera de manière à ne pas attaquer les ligaments larges situés latéralement, ces derniers seront simplement isolés de tous les tissus environnants. Après un décollement en général laborieux, on atteint enfin le cul-de-sac péritonéal antérieur, à l'égard duquel on agit comme pour le postérieur. L'utérus ne sera plus maintenu que par les ligaments larges sur lesquels on appliquera une pince de Péan tout près de leur insertion utérine, l'on pratiquera de chaque côté une ligature avec un fort fil de soie bouilli dans le sublimé et on les sectionnera au ras de l'utérus, qui tombera dans les mains de l'opérateur. On enlèvera alors les pinces de Péan, on lavera avec des compresses au sublimé les parois du vagin qui seront réduites, et l'on fera un tamponnement iodoformé intravaginal qui maintiendra la réduction et assurera l'antisepsie et l'hémostase. Nous avons vu parfois, à la clinique, mettre des points de suture sur les grandes lèvres et assurer l'obturation complète temporaire du vagin.

La malade sera ordinairement atteinte de parésie vésicale pendant les premiers jours qui suivront l'opération, on devra donc la sonder. Les selles seront le plus souvent régulières et normales, il faudra éviter avant tout l'incontinence des matières fécales qui pourrait causer une infection secondaire des parties opérées.

En lisant ce qui précède, on est étonné de la facilité avec laquelle se pratique l'hystérectomie vaginale totale pour prolapsus, mais nous n'avons donné que le manuel opératoire théorique et sommes forcé d'avouer que pratiquement il est plus compliqué.

Comme on a pu le voir, nous avons omis de parler du mouvement de bascule que l'on fait subir à l'utérus lorsque l'opération porte sur un organe qui n'a pas quitté le bassin ou du moins n'a pas abandonné la filière pelvienne.

On peut cependant être obligé d'y recourir lorsque l'espace à parcourir pour arriver au cul-de-sac péritonéal antérieur est trop long, ou bien si l'opérateur a des craintes sérieuses d'attaquer la vessie en allant à sa recherche. Le manuel opératoire, dans ce cas, est légèrement modifié.

La première incision demi-circulaire attaquera aussi les culs-de-sac vaginaux et péritonéaux postérieurs, mais lorsque le fond de l'utérus sera atteint, on continuera, en le suivant, une marche postéro-antérieure en rasant sa face antérieure, de manière à attaquer les culs-de-sac antérieurs par leur partie profonde. Il arrivera un moment où l'utérus sera suffisamment mobilisé pour que l'on puisse le faire basculer en arrière ; cette manière de faire rend les ligaments larges plus accessibles et permet d'effectuer leur ligature et leur section d'une manière plus facile. Ceci fait, l'organe à enlever n'est plus maintenu que par la cloison vésico-utérine et le cul-de-sac vaginal antérieur, on le libère en soulevant avec une pince à griffe le fond de l'utérus, en accentuant son mouvement de bascule, de manière à aborder le cul-de-sac vésico-utérin par sa partie profonde et supérieure. Il ne faudra pas oublier dans le décollement qui suivra, que la vessie est une menace constante pour l'opérateur, et on devra raser exactement le muscle utérin, l'entailler au besoin, comme l'ont conseillé et pratiqué quelques chirurgiens.

Cette seconde manière d'opérer est, comme on le voit, plus compliquée que la première, mais non au point d'arrêter un chirurgien expérimenté. Elle trouvera surtout son application dans les cas où la sonde introduite dans la vessie indiquera une épaisseur minime de la cloison vésico-vaginale et où le col utérin ne sera pas atteint d'un allongement hypertrophique qui empêchera la manœuvre de bascule de se produire ; l'hystérométrie sera donc toujours une précaution préliminaire utile et nécessaire.

Notre malade opérée semblerait devoir effectuer une

guérison rapide et sans dangers, mais il existe des cas où la chose ne se passe pas d'une manière aussi simple.

Un des accidents post-opératoires les plus communs, provient de l'hémostase incomplète. Nombreux chirurgiens, en effet, ont conservé la pratique de laisser des pinces de Péan sur les ligaments larges deux à trois jours après l'opération ; pratique mauvaise, à notre avis, et pour les motifs suivants. Une pince peut céder, déraper, se décrocher et donner lieu à une hémorrhagie sérieuse, inquiétante, parfois mortelle. Si l'on arrive à temps pour s'en apercevoir, il sera, en général, possible d'y remédier de suite et de la remettre en place, la malade ne s'en ressentira pas ou peu. Mais une telle hémorrhagie peut être méconnue au début et l'opérée tombera dans un collapsus qui sera le plus souvent mortel. Il nous semble que les ligatures perdues des ligaments larges ne représenteront pas le même inconvénient quand elles seront bien pratiquées. Elles auront en outre l'avantage de ne pas opérer de tractions sur les annexes de l'utérus, de ne pas tirer d'une manière indirecte sur ces parois vaginales prolabées antérieurement qui, même réduites, tendent à une chute nouvelle, et dont le chirurgien essaie principalement d'amener une réduction aussi complète que définitive. Au bout de quarante-huit heures, délai fixé pour enlever les pinces, il s'est déjà formé des adhérences qui empêcheront le refoulement complet du vagin s'il ne s'est pas produit aussitôt après l'opération.

Les ligatures seront repoussées dans les cas où on aura affaire à des malades dont les artères sont dégénérées et dont, par conséquent, les parois sont trop friables et trop cassantes.

De plus, il ne faut pas perdre de vue que le tamponnement iodoformé vaginal, outre le rôle de soutien et de pessaire provisoire qu'on lui fait jouer, est destiné à amener l'antisepsie de cette nouvelle cavité en obturant le vagin



d'une manière complète. Les pinces à demeure nous semblent aller à l'encontre du but à atteindre en amenant une occlusion incomplète et en favorisant l'introduction de germes septiques quelconques. Nous avons un péritoine ouvert auquel il faut, avant tout, éviter une chance d'infection. Toutes ces raisons nous font pencher du côté des ligatures perdues. Certains les exécutent à l'aide de catgut, pour notre part nous sommes partisan convaincu des fils de soie qui présentent l'énorme avantage d'être plus aseptiques et de supporter plus facilement l'ébullition pour le devenir.

Les opérées peuvent en outre succomber au choc qui survient quelquefois après les interventions intéressant le péritoine. Nous n'en avons relevé que deux cas, l'un chez une opérée de Taylor atteinte, il faut le dire, d'épithélioma intra-cervical, l'autre chez une malade de Odebrecht, qui succomba à une parésie cardiaque trois jours après l'opération.

Un accident susceptible d'entraîner aussi un dénouement fatal est la péritonite. Elle proviendra soit d'une asepsie incomplète, soit de l'issue par le vagin d'anses intestinales et de péritoine à la suite d'un tamponnement insuffisant ou mal contenu. Nous en relèverons plusieurs cas dans la série d'observations que nous publierons dans le chapitre suivant.

Les suites immédiates de l'opération seront apyrétiques, sauf quelques cas heureusement rares. Les parois vaginales et le péritoine en contact se réuniront les unes à l'autre dans la contiguïté, d'avant en arrière et latéralement, et formeront un infundibulum par première intention capable d'empêcher la hernie de l'intestin ou de l'épiploon à travers le vagin. Les adhérences nouvelles doivent en outre former un obstacle à toute colpocèle ultérieure. Le chirurgien pourra y aider en suturant l'une à l'autre les deux lèvres des pédicules des ligaments larges, ces sutures seront très

utiles pour la formation du cul-de-sac vaginal nouveau. Quelques opérateurs, pour hâter la cicatrisation du fond du vagin, accolent les deux lèvres des feuillets péritonéaux l'une à l'autre par une série de points de suture, pratique qui nous semble dangereuse, quoique logique. Comme résultat ultérieur, le procédé est très bon à condition d'opérer d'une manière très aseptique. Le tissu cellulaire qui avoisine le péritoine et l'utérus, dont il reste toujours quelques débris après l'intervention, est susceptible de s'enflammer, de suppurier, de former un abcès. Cet abcès ne trouvant pas d'issue à l'extérieur, aura des tendances à envahir le péritoine et donnera ainsi une péritonite généralisée. Le drainage à l'aide du tampon iodoformé en assurera l'évacuation par le vagin s'il n'a pas enrayé le processus pyogène.

Si le chirurgien perforait la vessie, il devra faire de suite la suture de ses parois. Le Dentu, à qui pareil accident arriva, la pratiqua et sa malade guérit.

Si nous avons omis de parler de la lésion des uretères comme complication opératoire, c'est que le cas ne doit pas se présenter dans l'hystérectomie pour prolapsus complet, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, on opère à ciel ouvert et l'on a sous les yeux les parties intéressées.

L'usage des pinces, indispensable dans l'hystérectomie pour tumeur, où la ligature des ligaments larges n'est guère praticable, est susceptible de donner lieu à cet accident et à ses conséquences, telles qu'hydronéphrose et urémie, s'il y a compression, péritonite s'il y a eu section. Mais nous n'avons pas trouvé semblable accident cité dans toutes les observations que nous publions.

Le tampon iodoformé sera enlevé au bout de huit jours, puis remplacé par un autre qui sera laissé le même laps de temps. Il exhalera souvent une odeur putride dont il ne faudra pas s'inquiéter, vu le voisinage de l'intestin et la quantité même minime de sang qui aura pu se décom-

poser dans la cavité. Le thermomètre sera le guide certain sur lequel on pourra se baser pour enlever le tamponnement. Si la température s'élevait au-dessus de 38°, deux jours après l'opération, il serait tout indiqué d'intervenir.

Quinze à vingt jours après l'opération, la malade pourra se lever et ne plus rien redouter comme suites post-opératoires ; le vagin complètement cicatrisé sera transformé en un conduit membraneux complètement fermé à sa partie supérieure, légèrement diminué de profondeur.

Comme résultat définitif, l'étude des observations nous sera d'un grand secours, tant pour voir si la cure est radicale que pour rechercher si une légère modification opératoire n'est pas indiquée pour atteindre ce but.

---

## CHAPITRE IV

### Observations.

#### OBSERVATION I. — (M. COE.)

X..., 37 ans. A déjà subi six à sept opérations antérieures, dont une amputation du col. Au moment de l'opération, prolapsus complet. Opération de Fritsch. Hémorrhagie abondante provenant de la dénudation de la vessie.

Six semaines après, les prolapsus vaginaux sont bien réduits.

#### OBSERVATION II. — (M. KRUG.)

X..., 32 ans. Chute complète avec flaccidité extrême à tous les tissus du périnée et des parois abdominales. Hystérectomie avec ligatures; hémorrhagie par suite d'une ligature mal posée, ce qui empêche de faire dans la même séance l'occlusion projetée du vagin.

Pas de renseignements ultérieurs.

#### OBSERVATION III. — (M. HUNTER.)

X..., 43 ans. Prolapsus avec hypertrophie énorme du col. Soupçon d'épithélioma intra-utérin.

Hystérectomie assez difficile, par suite d'adhérences avec la vessie. Ablation simultanée des annexes gauches. Trois heures après, hémorrhagie arrêtée en enlevant les annexes gauches.

Pas de renseignements ultérieurs.

#### OBSERVATION IV. — (M. TAYLOR.)

Utérus prolabé avec épithélioma cervical.

Hystérectomie. Morte de choc.



OBSERVATION V. — (M. HAHN.)

X..., 65 ans. Prolapsus total depuis 1859. Au mois de juin 1877, apparition de gangrène sans cause apparente. La malade est dans un état très septique au moment où on pratique l'opération. Hystérectomie le 20 juin 1877. Hémostase par ligatures. Résection d'une grande partie du vagin gangréné. La fièvre et les frissons disparurent bientôt après l'opération. Au bout de quatre semaines la malade était complètement guérie.

Pas de renseignements sur les suites.

OBSERVATION VI. — (M. HAHN.)

X..., 39 ans. Prolapsus total avec cystocèle et rectocèle depuis douze ans. Ulcération de la partie prolabée et incontinence d'urine. La réduction cause des douleurs intolérables. Hystérectomie le 28 juillet 1880. Opération facile ; durée : 45 minutes, hémostase par ligatures. Drainage.

Dans un effort de toux une anse intestinale sortit par le vagin. Péritonite. Morte le 30 juillet. Autopsie : péritonite suppurée.

OBSERVATION VII. — (M. LÉOPOLD.)

X..., 62 ans. A déjà subi une amputation du col et une colporrhaphie antérieure suivies de récurrence rapide. Prolapsus complet réductible, mais se reproduisant de suite. Utérus en rétroversion. Cystocèle.

Hystérectomie le 10 avril 1884. Dissection très facile de la vessie ; ouverture du cul-de-sac de Douglas ; quatre ligatures sur chaque ligament large. Réduction. Tamponnement iodoformé. Suites apyrétiques. Quitte l'hôpital guérie au bout de deux semaines. La plaie granuleuse du vagin a attiré et soudé ses parois.

Au bout de quelques mois, il se reproduisit un prolapsus modéré. La malade mourut en 1886. On ignore la cause du décès.

OBSERVATION VIII. — (M. LÉOPOLD.)

X..., 48 ans. Prolapsus complet. Utérus mesure seize centimètres; il est en rétroversion. Le prolapsus se réduit facilement mais se reproduit de suite. Il existe un myôme du fond de l'utérus du volume d'un œuf. Ectropion et ulcération de la lèvre postérieure. Hystérectomie le 12 juillet 1884. La dissection fut très longue à cause de l'allongement du col de l'utérus. Le fond du vagin étant très étroit, on dut pratiquer une incision libératrice profonde. Résection d'un large lambeau triangulaire de la paroi postérieure du vagin à sa partie supérieure. Cette plaie est suturée comme dans une colporrhaphie postérieure.

Apyrexie complète. Quitte l'hôpital au bout de quatre semaines, quelques fils étant encore en place.

Une lettre d'elle en février 1887 annonce que la malade va bien.

OBSERVATION IX. — (M. LÉOPOLD.)

X..., 55 ans. Prolapsus total, utérus rétrofléchi. Parois vaginales allongées, minces, ulcérées, ainsi que le col.

Opérée le 9 septembre 1884. Après l'hystérectomie on fait des résections en triangle sur les parois antérieure et postérieure du vagin, on suture les plaies.

Pas de fièvre. Quitte l'hôpital au bout de quatre semaines.

Au bout d'un an récidive. Le nouveau prolapsus vaginal est maintenu en place par un pessaire en cercle de volume moyen. La malade se sent très bien.

OBSERVATION X. — (M. LÉOPOLD.)

X..., 43 ans. Le vagin complètement renversé contient l'utérus rétrofléchi. Ulcération occupant toute l'épaisseur de la muqueuse sur le museau de tanche et sur le cul-de-sac vaginal postérieur.

Opération le 20 décembre 1884. Tout d'abord on pratique une colporrhaphie antérieure, puis on dissèque le col jusqu'au niveau de l'isthme, puis on résèque sur la paroi postérieure du vagin un triangle à base supérieure et dont le sommet

arrive presque à la commissure vulvaire postérieure. On enlève alors l'utérus. Tamponnement iodoformé. Durée: une heure trois quarts.

Suites normales, sauf bronchite; la toux amenant des tiraillements du côté des sutures vaginales. Se lève le 14 janvier 1885. Quitte l'hôpital le 26 janvier. Son prolapsus s'est reproduit, le vagin n'ayant aucune tonicité. Le 10 février 1885, large colporrhaphie postérieure. Réunion. Revue au commencement de janvier 1887, l'état général est bon. Périnée solide, vagin très rétréci.

#### OBSERVATION XI. — (M. LÉOPOLD.)

X..., 52 ans. Prolapsus total. Hystérotomie du col antérieur. Adhérence étendue dans le cul-de-sac de Douglas. Cystite intense.

Le 8 février 1889, hystérectomie rendue pénible par les adhérences de la face postérieure. Résection large des parois antérieure et postérieure du vagin.

La cystite guérie avant l'opération reparut après; mais la malade put quitter l'hôpital, guérie six semaines après l'opération, avec un cul-de-sac cicatriciel solide, sans prolapsus des parois vaginales, même au moment des efforts.

Revue le 15 mai 1889, pas de récurrence jusqu'à présent. La femme peut travailler facilement.

#### OBSERVATION XII. — (M. MARTIN.)

X..., trois opérations plastiques antérieures faites par d'autres chirurgiens. Prolapsus complet. Rétroversion. Périmérite.

Le 27 juin 1882, hystérectomie et résection du vagin et de larges surfaces ulcérées du vagin. Suture du péritoine au vagin. La bride péritonéale est laissée ouverte sans drainage.

Suites apyrétiques. Le 8 mai 1883, colporrhaphie antérieure et postérieure suivant le procédé de Martin. Guérison parfaite.

La malade revue en 1889 offre une guérison parfaite.

#### OBSERVATION XIII. — (M. MARTIN.)

X..., 64 ans. Une opération inefficace antérieure. Prolapsus complet. Rétroflexion. Périmérite. Cicatrice de déchirure

périnéale. Le 20 octobre 1882, hystérectomie. Suture du péritoine au vagin. Drainage.

Guérison sans incident. Le 2 décembre 1883, colporrhaphies antérieure et postérieure.

Guérison parfaite. Le 29 juin 1887, la malade est revue, sa guérison s'est maintenue.

#### OBSERVATION XIV. — (M. MARTIN.)

X..., 65 ans. Colporrhaphie antérieure. Col hypertrophié, métrite, périétrite et adhérence forte de l'utérus à la face antérieure du sacrum. Prolapsus irréductible.

Le 10 octobre 1883, hystérectomie, bascule par cul-de-sac de Douglas. Drainage. Guérison. Le 3 mai 1884, colporrhaphies antérieure et postérieure. Guérison parfaite. En 1886, la malade revue est guérie et insiste sur la possibilité de copuler où elle se trouve.

#### OBSERVATION XV. — (M. MARTIN.)

X..., 65 ans. Prolapsus total largement ulcéré. Utérus rétrofléchi, adhérent de toutes parts.

Le 7 février 1890, hystérectomie vaginale avec résection des surfaces vaginales ulcérées; la vessie vint faire hernie à travers cette brèche. Réduction. Suture. Colporrhaphies antérieure et postérieure. Guérison.

Le 26 avril 1891, la malade est parfaitement capable de travailler et a augmenté de poids.

#### OBSERVATION XVI. — (M. MARTIN.)

X..., 46 ans. La vulve baille largement, laissant passer tout le vagin et une partie de l'utérus au moment des efforts. Le 3 juin 1890, hystérectomie avec ablation des annexes gauches. A noter la tendance à l'hémorrhagie qui exige une hémostase très soignée. Colporrhaphies antérieure et postérieure suivant le procédé de Martin.

En août 1891, état général parfait, vagin normal reconstitué.



OBSERVATION XVII. — (M. MARTIN.)

X..., 56 ans. Prolapsus complet. Rétroflexion et adhérence de l'utérus. Petite atrophie sénile des annexes. Le 13 novembre 1891, hystérectomie. Impossibilité d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas oblitéré. Après ligature du ligament large gauche, sa section et la dissection de la vessie, on parvient à libérer la face postérieure de l'utérus et à terminer l'opération. Annexes conservées. Colporrhaphies antérieure et postérieure.

Onze mois après l'opération, le résultat a persisté.

OBSERVATION XVIII. — (M. MARTIN.)

X..., 47 ans. Prolapsus total. Utérus gros avec ulcérations à la lèvre postérieure. Le 14 mars 1891, hystérectomie avec ablation des annexes. Bascule en arrière, adhérence de l'épiploon au fond de l'utérus. Suture soigneuse du plancher pelvien. Colporrhaphie antérieure. Dissection du lambeau de l'étendue de la paume de la main. Suture à trois étages. Colporrhaphie postérieure, suture à deux étages.

Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XIX. — (M. MARTIN.)

X..., 47 ans. Prolapsus du volume du poing, adhérence de l'utérus au sacrum, irréductibilité partielle. Le 2 juillet 1892, hystérectomie. Les annexes gauches normales et haut placées sont laissées en place. L'ovaire droit est augmenté de volume. Hématosalpinx. Ablation des annexes malades. Colporrhaphies antérieure et postérieure étendues.

Guérison normale. Pas de résultats ultérieurs.

OBSERVATION XX. (M. MARTIN.)

X..., 46 ans. Prolapsus complet. Polype cervical du volume d'un haricot. Utérus petit, mobile. Atrophie sénile des annexes. Le 1<sup>er</sup> août 1891, hystérectomie typique avec ablation des annexes. Colporrhaphies antérieure et postérieure. Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XXI. — (M. ODEHECHT.)

X..., 45 ans. Déchirure du périnée et prolapsus complet à la suite d'une fistule à l'anus, mal opérée. Prolapsus irréductible. Il existait, en même temps, un rétrécissement du rectum.

Opération de Fritsch en commençant par le cul-de-sac antérieur et en faisant la bascule dans le cul-de-sac postérieur. Périnéoplastie. Durée: deux heures.

Collapsus profond à la suite de l'opération. La malade ne se remet pas et succombe au bout de trois jours de paralysie cardiaque.

Autopsie: péritoine normal; pas de liquide dans la cavité abdominale. Uretères libres.

OBSERVATION XXII. — (M. BEVERLY.)

X..., 52 ans. Antérieurement colporrhaphie et périnéorrhaphie, récive rapide; le col est à l'extérieur. Le 16 juin 1888 hystérectomie vaginale, suture des ligaments larges l'un à l'autre, puis vingt-cinq jours après colporrhaphie et périnéorrhaphie. Guérison.

En juin 1892 l'état était encore parfait.

OBSERVATION XXIII. — (M. BEVERLY.)

X..., 54 ans. Opération en deux temps comme précédemment. Guérison.

Le même auteur cite des hystérectomies pratiquées dans des cas analogues en un ou deux temps et ayant donné des résultats favorables.

OBSERVATION XXIV. — (MAC COSCH.)

Prolapsus total du volume d'un chapeau. Utérus en rétroflexion. Irréductibilité complète. Hystérectomie. Dissection de bas en haut de la face antérieure et postérieure de l'utérus; ligatures sur chaque ligament large. Impossibilité de réduire la cystocèle et l'uréthrocèle. Vers le vingtième jour le cystocèle et l'uréthrocèle se réduisirent, la vessie était encore bien en place trois mois après l'opération. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XXV. — (M. KEHRER.)

Chute de l'utérus avec inversion du vagin. Hystérectomie vaginale ; pendant l'opération, vomissements qui chassent l'intestin au dehors par la plaie vaginale. Mort par péritonite.

OBSERVATION XXVI. — (M. KEHRER.)

Dans le même cas, Kehrér fit une hystérectomie vaginale avec guérison et succès.

A citer encore trois cas publiés par Müller en 1889 qui n'obtint de guérison complète qu'après une colporrhaphie secondaire, et un cas de Olshausen en 1890 qui, dans un cas de prolapsus compliqué de cystocèle et de rectocèle volumineuses, obtint la guérison de sa malade mais en faisant une hystérectomie accompagnée de résection étendue du vagin.

Nous avons eu le bonheur de nous procurer le texte original des huit observations suivantes et nous les transcrivons fidèlement. (Robert ASCH. *Arch. für Gyn.* 1889.)

OBSERVATION XXVII.

Anna B..., 48 ans, célibataire, nullipare. Réglée jusqu'à il y a un an. A ce moment commence à avoir des menstrues irrégulières. Dernières règles il y a six mois. Depuis plusieurs années la matrice sort de la vulve, la malade se plaint d'épreintes uréthrales et de douleurs dans le ventre, n'est plus capable de travailler, inversion complète du vagin, cystocèle volumineuse, utérus en rétroversion. L'hystérométrie donne huit centimètres, l'organe est complètement hors de la vulve. Opération le 27 novembre 1885. On place sur la lèvre antérieure du col une pince de Museux, on attire de cette façon la lèvre vers le haut en sorte que la paroi postérieure devienne antérieure ; sur cette dernière on fait une incision vers le périnée en V renversé, les incisions de chaque côté sont prolongées en avant. On sectionne le ligament large de la façon ordinaire, au-dessus de la vessie on fait une incision transversale perpendiculaire à l'utérus ; en bas le vagin est séparé du col par la réunion des deux premières incisions, en sorte

que cet organe peut s'en aller. On sectionne encore une portion de la paroi antérieure du vagin, on attire le péritoine par dessus la plaie et on le suture à ce qui reste du vagin. Les moignons des ligaments larges sont aussi suturés au vagin de la même façon. Les lèvres antérieure et postérieure de la plaie sont réunies par des sutures profondes. Dans le vagin tampon de gaze iodoformée. Comme au bout de douze jours, la paroi antérieure du vagin épaissie par le travail cicatriciel prolabe encore, on en excise un morceau ovale. Pas de fièvre pendant ce temps, dans les premiers jours on sonde, plus tard la femme urine seule. Pendant dix jours opium, puis huile de ricin comme laxatif. Le 14 décembre, la femme rentre chez elle guérie sans accidents. Elle ne se plaint de rien. Les restes du vagin se sont retirés en haut par la cicatrisation, de sorte qu'il reste un tuyau étroit d'environ trois centimètres de longueur qui se termine par une cicatrice solide et dure.

La malade, revue longtemps après, présente une guérison permanente et se trouve très bien. Voilà trois ans qu'elle dure.

#### OBSERVATION XXVIII

Edwig K. . . , 39 ans, célibataire. Un accouchement avec délivrance normale il y a dix-huit ans. Suites de couches normales. Epoque régulière toutes les quatre semaines ; dans ces dernières années, toutes les trois semaines. Règles abondantes durant quelquefois huit jours. Opérée en 1878 par Spiegelberg pour prolapsus utérin, quelques jours après l'opération, à la suite d'éternuements violents, hémorrhagie par les organes génitaux et l'utérus tombe de nouveau. Depuis cette époque la malade se plaint des troubles habituels du prolapsus. A cause des crampes vésicales violentes, la malade fit, il y a quatre semaines, des fomentations chaudes et elle se brûla son utérus prolabé. Etat de la malade le 6 janvier 1886 : parois vaginales antérieure et postérieure prolabent, érosions sur la partie antérieure, on voit en arrière une vieille cicatrice. L'utérus est incliné, le corps est manifestement augmenté de volume par un myôme, le col allongé. Cystocèle volumineuse, recto-



cèle moyenne. La paroi postérieure de l'utérus est soudée fortement avec le vagin prolabé. Cavité a dix-huit centimètres de profondeur. Opération le 13 janvier 1886. Comme le cul-de-sac est situé très haut à cause des adhérences des feuillets péritonéaux, on est obligé de faire, de chaque côté de l'ancienne cicatrice, deux incisions de sept centimètres de long, ouvrant la cavité péritonéale ; l'hémostase est faite par le tamponnement. Incision antérieure transversale qui réunit les deux premières, décollement de l'utérus de la vessie. Après l'ouverture de la cavité péritonéale antérieure, on attire en avant le corps de l'utérus qui est très gros, ce qui ne peut arriver qu'après incision latérale du vagin. Alors, on libère les ligaments larges, on extirpe l'utérus avec les annexes ; ligature du péritoine au vagin en avant, en arrière on est obligé de suturer le péritoine au périnée en avant du rectum pour pouvoir couvrir complètement la surface cruentée. Résection d'un grand triangle de la paroi antérieure du vagin, puis tamponnement à la gaze iodoformée. Le 17 avril, la femme est renvoyée chez elle complètement guérie. Ici aussi, les restes du vagin se sont retirés vers le haut, de sorte qu'on a encore un vagin terminé en cul-de-sac très étroit.

### OBSERVATION XXIX.

Johanna B..., femme d'ouvrier, 50 ans, mariée depuis vingt-quatre ans. Deux accouchements. Menstruations normales toutes les quatre semaines pendant six jours, suites de couches régulières.

Première opération contre son prolapsus en 1872 ; dix ans plus tard nouvelle opération. Depuis, prolapsus complet du vagin et de la matrice, épreintes uréthrales fréquentes, sensation de coupures à la miction, douleurs lancinantes dans le ventre et la région sacrée. Céphalalgies, incapacité de travail. En avant de la vulve, se trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant qui se compose de l'utérus prolabé, hypertrophié et des parois antérieure et postérieure du vagin. Le col ne se reconnaît plus car il a été excisé dans une opération précédente ; l'ouverture ne peut plus se trouver, car à l'endroit où

il devrait être il y a une perte de substance étoilée à cinq angles. Grosse cystocèle, rectocèle moyenne.

Opérée le 17 mars 1886. Tout ce qui est prolabé est attiré fortement en avant vers la symphyse et l'on fait sur la paroi postérieure du vagin, à l'endroit où celle-ci est située transversalement, une incision qui ouvre le cul-de-sac de Douglas. On suture le péritoine à la paroi postérieure du vagin, on libère le col du paramétrium fortement épaissi, très riche en vaisseaux. Hémostase par ligature. On fait basculer l'utérus en arrière, on lie les ligaments larges, on enlève l'utérus avec les trompes et les ovaires après le décollement de la vessie de la paroi antérieure, ce qui se fait facilement. Le péritoine est suturé au vagin en avant et latéralement, excision d'un vaste coin de la paroi antérieure du vagin. Tamponnement à la gaze iodoformée. A partir du troisième jour la malade urine seule. Dans le courant de la maladie parotidite gauche avec légère hyperthermie. La femme quitte l'hôpital complètement guérie, sans complications, le 3 avril 1886. Quelque temps après, la guérison est encore maintenue.

### OBSERVATION XXX.

Marie Sch..., 50 ans, célibataire, nullipare. Commence à être réglée à 24 ans d'une façon peu abondante, mais régulière. Ménopause depuis treize ans. S'aperçoit, depuis un an, que sa matrice descend, a de la peine à uriner et à aller à la selle. Il y a huit jours, crampes dans le ventre et malgré de violentes épreintes vésicales peut à peine émettre quelques gouttes d'urine. Pas de selles. Elle remarque dans son « giron » une grosse tumeur qu'elle ne peut réduire. Travail impossible, marche très pénible. Anorexie complète. Rétention d'urine avec pertes involontaires de liquide goutte à goutte de temps en temps. En avant de la vulve se montre une tumeur ronde de la grosseur du poing. Distance du méat à l'orifice du col : neuf centimètres, et de ce dernier au périnée : seize centimètres et demi. La tumeur est composée du vagin complètement inversé, sa paroi est lisse, rose clair, peu épaissie, l'utérus est petit, rétrofléchi. L'hystérométrie donne cinq centimètres et

demi. A côté de l'ouverture du col, on voit une érosion de la surface de un franc.

Grosse cystocèle. La vessie arrive jusqu'à un centimètre et demi de l'ouverture du col. Petite rectocèle qui descend de trois centimètres dans la masse prolabée, impossible de redresser la rétroflexion.

Opération le 17 mars 1887. Après avoir placé une ligature élastique autour du pédicule on ouvre le cul-de-sac de Douglas dans lequel on trouve les deux ovaires et les trompes accolés. Dans le fond, on trouve l'utérus rétrofléchi. Le paramétrium est décollé comme à l'habitude. Jusqu'au fond de l'utérus, on trouve la vessie fortement accolée à la paroi antérieure, on a du mal de la décoller; en le faisant, on tombe sur un petit abcès gros comme une noix. Après qu'on a sorti l'utérus et fait l'hémostase, soigneusement on attire le péritoine et on le suture au vagin après décollement, couches par couches, du tissu inflammatoire qui enveloppait l'abcès. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Dans le décours de la maladie, premier jour, T: 38°4. Urines rares avec dépôts et sédiments purulents. Le dixième jour la malade meurt. A l'autopsie, cystite purulente, pyélo-néphrite, disparition partielle du parenchyme rénal. Néphrite interstitielle. La plaie vaginale était en bonne voie normale de guérison.

#### OBSERVATION XXXI.

Augusta K..., célibataire, 37 ans, nullipare. Réglée depuis sa seizième année. Se plaint depuis douze ans d'un léger prolapsus qui, avec le temps, s'est transformé, en ces deux dernières années, en un prolapsus complet avec inversion du vagin et grosse cystocèle. Il pend, en avant de la vulve, un sac gros comme une tête d'enfant, le vagin retourné; l'utérus en rétroversion et la vessie sont renfermés dans ce sac. Le cathéter pénètre jusqu'à quinze centimètres de l'ouverture du col, passant par dessus le fond de l'utérus et allant toucher la paroi postérieure du vagin. Rectocèle minime. Le prolapsus peut être facilement réduit, mais il revient de suite à sa position

première. Le 17 avril 1888, colpopérinéorrhaphie à la suite de laquelle le périnée est très large et le vagin très rétréci.

Cinq jours après, le prolapsus est reproduit comme avant, quelques points de sutures ont sauté. Toutes les tentatives pour faire tenir l'utérus en place à l'aide de bandages sont inutiles, car il sort avec violence. Pansement de la plaie à la créoline et en juin on se décide à faire la résection du vagin avec l'hystérectomie. Opération le 7 juin 1888. Incision transversale en arrière de la partie intermédiaire que l'on prolonge dans le cul-de-sac de Douglas. On pénètre dans le paramétrium en décollant le péritoine, on décolle le fond de l'utérus par derrière, on lie les ligaments larges de façon à ce que les trompes et les ovaires restent adhérents à l'utérus. On libère la partie antérieure de la vessie et on prolonge l'incision postérieure en avant. L'utérus sorti, on résèque un grand triangle de la portion antérieure du vagin dont la pointe vient se terminer au méat urinaire. On réunit les lèvres de la plaie par une suture transversale, on suture le péritoine au vagin. Pansement iodoformé.

Comme, après cinq ou six jours la température oscille entre 38° et 38°5, on enlève le tampon et on fait un pansement humide à la créoline. Décours sans réaction. Réunion par première intention de la plaie vaginale, l'ouverture de la cavité péritonéale guérit par bourgeonnement en peu de temps, la malade est envoyée chez elle le 19 juin après que la plupart des fils sont tombés.

Elle se présente à un examen ultérieur et on trouve que tout est bien cicatrisé, que le reste du vagin forme comme un diaphragme en arrière de la vulve, ne présentant aucun orifice ; même quand la femme fait des efforts abdominaux considérables, elle ne peut arriver à faire proéminer le fond du vagin et, très contente, elle quitte l'hôpital, pouvant travailler sans inconvénient.

#### OBSERVATION XXXII.

Catherine B..., 43 ans, célibataire, a eu un enfant il y a dix ans. Quelque temps avant sa grossesse, elle a remarqué quelque



chose qui lui pendait en avant. Ce prolapsus disparaît après l'accouchement et ne se manifeste de nouveau que six mois plus tard. Réglée à 17 ans, elle le fut régulièrement à part un arrêt d'un an après une fièvre. Les menstrues sont régulières et durent huit jours assez fortes.

Descente et prolapsus de la paroi vaginale antérieure, descente de l'utérus, allongement du col. Le 2 mars 1888, colporrhaphie antérieure, amputation du col, méthode typique. Hémostase artificielle par ligature élastique. Réunion par première intention. Six semaines après l'opération, les anciennes douleurs reprennent et, en juin 1888, la malade, obligée de reprendre son service de domestique pour vivre, ne peut continuer son travail et rentre à la clinique avec des douleurs atroces, surtout quand elle urine et va à la selle. Inversion complète du vagin, à côté d'un col très allongé, on trouve le fond de la matrice presque dans sa position normale. La sonde utérine, avec une légère cambrure en avant, pénètre à quinze centimètres. Le prolapsus ne pouvant être rentré complètement, et comme, après un traitement approprié à la clinique, l'état ne s'est pas amélioré, on se décide le 20 à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale.

Incision de la paroi vaginale postérieure à six centimètres de l'ouverture du col, ouverture du cul-de-sac de Douglas. On suture le péritoine au vagin, on prolonge l'incision de chaque côté et en avant on décolle le paramétrium en remontant sur une largeur de cinq à six centimètres. Résection d'un triangle de la portion antérieure du vagin, décollement de la vessie de l'utérus après un mouvement d'élévation de ce dernier. Section transversale jusqu'à l'ouverture du péritoine. Alors le fond de l'utérus est renversé en avant, les ligaments larges sont sectionnés de chaque côté de haut en bas.

Après l'ablation de l'utérus, la résection triangulaire de la paroi antérieure du vagin est prolongée et agrandie en avant, le péritoine et les moignons des ligaments larges sont attirés et suturés au reste du vagin. Tampon de gaze iodoformée.

Pour cette opération je fus obligé de libérer l'ovaire droit d'adhérences nombreuses et d'arrêter l'hémorrhagie par plusieurs ligatures. Pendant le premier temps de cette opéra-

tion il s'évacua un petit exsudat de sérosité jaune verte parfaitement liquide. Après l'enlèvement du tampon, la plaie péritonéale se guérit très rapidement ainsi que la colporrhaphie par première intention. Les douleurs dans la région sacrée et dans l'aine forcèrent la malade à un séjour plus long à la clinique. Quand je revis la femme au mois d'octobre, le vagin s'était refermé comme un diaphragme horizontal du plancher du bassin au-dessus de la vulve encore légèrement distendue, même en pressant, ce dernier n'arrive pas à faire voussure au niveau de la vulve, mais comme le rectum ne s'était pas retiré et que la femme s'en plaignait encore je me décidai à faire une colporrhaphie postérieure à la quelle la malade ne se résolut que quelques mois plus tard, quand elle commença à remarquer que par un travail difficile la paroi du vagin commençait à faire saillie, surtout dans la station debout.

J'excisai de nouveau une portion de la tumeur urétrale et un petit ovale du vagin cicatrisé que je réunis par une suture à la soie. Je fis alors une périnéorrhaphie d'après la méthode de Lawson Tait, suture au catgut et soie pour les sutures superficielles. Quand la femme quitte l'hôpital, impossible de trouver le plus léger prolapsus. Le périnée solide et épais s'étend jusqu'à l'ouverture du méat.

Après une demi-année, la femme se trouve dans un état de bien-être extraordinaire sans le moindre trouble, même par le travail le plus dur et le plus fréquent. Le périnée s'étend toujours jusqu'au méat.

#### OBSERVATION XXXIII.

Henriette Sch..., 40 ans, célibataire. Accouchée une fois au milieu de sa grossesse, il y a neuf ans. Déchirure périnéale, suites de couches normales pendant quatorze jours, réglée pour la première fois à quatorze ans. Menstrues normales toutes les quatre semaines, durant deux jours, légères douleurs à ce moment. Depuis sa couche, se plaint d'une chute de la matrice, qui augmente d'année en année, que l'on essaie de traiter par le pessaire.

En février 1887, colporrhaphie antérieure avec excision en

coin du col. Guérison par première intention, la malade ne se plaignant plus de rien, est renvoyée. Dans le courant de l'été, nouvelle colpocèle antérieure.

Opération de Neugebauer-Lefort en novembre 1887. La malade sort parfaitement guérie, mais revient à la clinique au mois de septembre 1888. Dans le décubitus la vulve est fermée, on ne peut pas constater de prolapsus, dans la station debout, sans presser, la paroi antérieure du vagin fait une saillie hémisphérique au passage; avec une très légère pression abdominale le vagin tout entier fait saillie avec inversion complète; l'utérus, allongé, est descendu, mais n'est pas complètement hors de la vulve. Cystocèle, rectocèle légère. Hystérométrie donne neuf centimètres.

L'ouverture du col laisse sortir un polype muqueux. De la réunion dite de Lefort, faite antérieurement, on ne constate plus de cicatrice. Chaque fois que ce prolapsus a lieu, la malade se plaint de très fortes douleurs dans les côtés et dans la région sacrée. Aussi est-elle incapable de tout effort physique nécessité par sa position sociale.

Opération le 26 octobre 1888. Incision triangulaire sur la paroi antérieure du vagin dont le sommet vient tout près du méat. Décollement de la vessie et de la paroi vaginale jusqu'au col, agrandissement de l'incision jusqu'en arrière, ouverture du cul-de-sac de Douglas, suture du péritoine au vagin. L'utérus repoussé en arrière est libéré de quelques adhérences. Quand l'incision est conduite perpendiculairement à l'utérus, on décolle le col sur quelques centimètres. Ligatures peu nombreuses, on libère le ligament droit de haut en bas, on amène en dehors l'ovaire et la trompe, on sépare la vessie de l'utérus de droite à gauche, puis ligatures et extraction des annexes gauches. On suture latéralement le reste des ligaments aux angles de la plaie. Suture du péritoine à la paroi antérieure du vagin. Tampon à la gaze iodoformée.

Guérison sans accidents. Quand la malade s'en va, vagin étroit sans le moindre prolapsus. Cicatrices solides, la femme ne se plaint absolument de rien.

#### OBSERVATION XXXIV.

Rosina G..., 48 ans. Mariée depuis vingt-trois ans. Deux accouchements normaux. Menstruation régulière depuis l'âge, de dix-huit ans, abondance normale durant trois jours sans douleurs. Depuis sa première couche, qui eut lieu il y a vingt-six ans, la malade se plaint que quand elle fait un travail un peu pénible, son vagin tombe, mais elle le remet en place toute seule. Il reste en place quelquefois pendant quelques jours, mais se prolabe à chaque effort violent. Depuis quatre semaines, à la suite d'un effort de toux très fort, elle n'a pas pu le réduire. Depuis ce temps, l'urine s'écoule constamment goutte par goutte, la tumeur qui se présente en avant de la vulve est de la grosseur d'une tête d'enfant et comprend le vagin inversé tout entier, hypertrophié avec une grande perte de substance superficielle au niveau de l'ouverture du col reporté en arrière. La cystocèle est fluctuante et s'étend jusqu'à cinq centimètres de l'ouverture du col. Le fond de l'utérus se trouve rétroversé en dessous de la fourchette. On ne peut rentrer la vessie que très peu, on ne peut sentir dans le prolapsus ni l'ovaire, ni les trompes. La rectocèle peut se séparer assez facilement de la matrice au niveau de la paroi postérieure du vagin. La vessie vide et sous le chloroforme, on ne peut même pas rentrer les prolapsus.

Opération le 6 février 1889. On place une ligature élastique à la base du prolapsus. Sur le fond de l'utérus, incision perpendiculaire à la paroi postérieure du vagin.

On ouvre aussi le cul de-sac de Douglas, on suture le péritoine à la paroi du vagin, on attire vers en bas les trompes et les ovaires, on sectionne les ligaments larges en faisant une incision en forme de cercle rentrant du côté du col. On sépare le péritoine de la vessie sur la paroi antérieure de l'utérus sur quelques centimètres et on repousse la vessie et l'intestin par une éponge. On résèque un grand triangle de la paroi antérieure du vagin, commençant au niveau du méat et descendant jusqu'à la base de la cystocèle. On décolle la vessie de l'utérus jusqu'à ce que l'on trouve la première incision. On résèque encore une petite portion de muqueuse et on suture les deux



lèvres. Hémostase soignée avec quelques ligatures des vaisseaux. On repousse la vessie et on suture le péritoine au reste de la paroi antérieure du vagin. On assure la ligature des moignons des ligaments larges aux angles latéraux de la plaie. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Comme la malade a des envies de vomir et qu'un vieux reste de bronchite la force de tousser fréquemment, on place sur la vulve quelques points de suture sans avivement et ainsi le tampon est maintenu profondément.

Guérison parfaite en quinze jours. La femme quitte l'hôpital sans souffrir aucunement.

OBSERVATION XXXV. -- (M. NEGRETTO.)

X..., 37 ans. Prolapsus complet réductible.

Hystérectomie le 14 avril, suivant la méthode de Kaltenbach. Les fils tombèrent le quatorzième jour. Guérison. Malade non revue.

OBSERVATION XXXVI. — (M. EDEBOHLS.)

X..., 61 ans. Chute complète de l'utérus.

Le 27 janvier 1893, hystérectomie vaginale, ablation des ovaires et des trompes, colporrhaphie latérale. Périnéorrhaphie. En mai 1893 le résultat reste parfait.

OBSERVATION XXXVII. — (M. CLARKE.)

X..., 48 ans. Quelques années auparavant, a déjà subi une périnéorrhaphie, une colporrhaphie antérieure et postérieure. Récidive du prolapsus seize mois après. Hystérectomie vaginale totale en 1893. Guérison. Malade non revue.

OBSERVATION XXXVIII. — (M. CLARKE.)

X..., 44 ans. A déjà subi une opération d'Alexander. Récidive du prolapsus quelques mois après. Hystérectomie vaginale totale en 1893. Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XXXIX. — (M. CLARKE.)

X... A déjà subi une colporrhaphie antérieure et postérieure. Récidive au bout de deux ans. Hystérectomie vaginale. Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XL. — (M. CLARKE.)

X..., 40 ans. A déjà subi une amputation du col, une colporrhaphie antérieure et postérieure. Récidive moins d'un an après. Hystérectomie vaginale. Adhérences solides entre la vessie et l'utérus. Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XLI. — (M. CLARKE.)

X..., 48 ans. A déjà subi une colporrhaphie antérieure. Récidive rapide. Hystérectomie vaginale. De même, adhérences solides et étendues entre la vessie et l'utérus. Guérison. Malade non revue.

OBSERVATION XLII. — (M. BOLDT.)

X..., 62 ans. Prolapsus complet. Hystérectomie avec colporrhaphies antérieure et postérieure. Pas de suites connues.

OBSERVATION XLIII. — (M. CZEMPIN.)

X..., 46 ans. Antérieurement, a subi plusieurs colporrhaphies. Prolapsus total. Opération de Fritsch. Guérison.

OBSERVATION XLIV. — (M. CZEMPIN.)

X..., 29 ans. Prolapsus énorme. En mars 1892, opération de Fritsch (hystérectomie avec colporrhaphie antérieure). Guérison. Un an après, le vagin est solide et en entonnoir.

---

De toutes les observations précédentes, la plupart résumées, sont tirées de la statistique de MM. Hartmann et du Bouchet, les autres ont été traduites du texte original.

Nous passerons ensuite à l'étude des observations françaises, plus récentes en général, mais souvent peu détaillées.

Nous produirons le peu de cas qu'il nous a été possible de glaner dans les différentes revues et nous terminerons par les observations ou personnelles ou des opérations pratiquées par les chirurgiens de la Faculté de Nancy.

---

## OBSERVATIONS FRANÇAISES

### OBSERVATION XLV. — (M. RICHELOT.)

Elisabeth J..., 63 ans, blanchisseuse, est mère de six enfants, à 46 ans ménopause. Règles toujours normales, n'a jamais eu d'affections utérines.

Depuis sept ans environ, l'utérus est à peu près descendu. A cette époque, le museau de tanche affleurait l'orifice vulvaire, se réduisait par la position assise et n'apportait aucune gêne pendant la marche ou pendant le travail. La procidence augmenta progressivement et, depuis deux ans, elle est complète. La tumeur saillante en dehors est constituée par l'utérus tout entier, le fond de l'organe est senti nettement au-dessous de l'orifice vulvaire ; sa cavité mesurée n'est pas sensiblement augmentée. Renversment complet du vagin, cystocèle et rectocèle. Il y a, depuis deux ans, des douleurs pelviennes, une pesanteur incommode et la marche est devenue presque impossible.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, pour des ulcères variqueux, la malade accepte avec empressement l'idée d'une intervention qui la guérira de son infirmité.

Je pouvais, sans nul doute, essayer les opérations diverses dont la valeur est bien établie, élythrorraphie antérieure ou postérieure, périnéorrhaphie, cloisonnement vaginal de Le Fort. Bien faites, elles réussissent, quand elles échouent d'abord on peut les recommencer, l'insuccès définitif est assez rare. Cela dit, beaucoup de chirurgiens pourraient trouver étrange que j'ai fait d'emblée l'hystérectomie au lieu de la garder comme ressource dernière en cas d'échec des procédés autoplastiques. Je répondrai seulement, pour y revenir tout à l'heure, que j'ai fait l'ablation de l'utérus de propos délibéré

parce qu'elle me semble, dans ces conditions, *très facile et très bénigne*.

On pourrait aussi donner comme raison qu'elle est radicale et supprime toute chance de récurrence. Ici, on ferait erreur étant donné que le mécanisme de la procidence et le rôle que joue la chute préalable des parois vaginales accompagnées de la vessie et du rectum, on doit prévoir la reproduction des rectocèle et cystocèle après l'extirpation de la matrice. Je l'ai prévue et c'est en faisant de formelles réserves sur la nécessité ultérieure d'une opération complémentaire que j'ai entrepris l'hystérectomie vaginale ; mais en affirmant que les parties n'ayant plus à supporter le poids de l'utérus l'anaplastie réussirait forcément.

L'opération eut lieu le 25 juillet 1886 avec l'aide de MM. Laskine et Oustaniol, internes du service. J'ai à peine besoin de la décrire tant elle fut simple. Je saisis le col avec des pinces de Museux, non pour l'attirer mais au contraire pour le soutenir ; je le repoussai même un peu dans la pensée qu'une anse intestinale pourrait se présenter et voir le jour (ce qui d'ailleurs n'eut pas lieu), l'incision circulaire fut placée très près des lèvres du col pour éviter la paroi vésicale ; le décollement de la vessie et du rectum, la double ouverture du péritoine ne me donnèrent aucune peine. Puis, ayant sous les yeux, hors de la vulve, les ligaments larges très lâches et d'une faible hauteur, il fut aisé de prendre chacun d'eux avec une pince de longueur moyenne. J'aurais pu les lier tout aussi bien ; j'aurais pu, sans nulle difficulté, coudre les bords du péritoine avec ceux de la section vaginale ; j'aurais pu, à ciel ouvert, placer quelques fils sur de petits vaisseaux ; mais je n'y voyais aucun avantage, et, partant de cette idée que l'usage des pinces à demeure est non pas une ressource pour les cas difficiles, mais un procédé toujours bon, je préférerai mettre encore dans la plaie quatre pinces hémostatiques ordinaires, refouler le tout vers la cavité pelvienne pour rendre au vagin son attitude normale, ajouter les tampons iodoformés et finir au bout d'un quart d'heure. Les pinces furent retirées le 26 au matin avec les tampons superficiels. La température atteignait 39°.



Le lendemain, 37°6. Le 28, les tampons profonds furent enlevés à leur tour ; projections de sublimé trois fois par jour avec beaucoup de douceur, après chacune d'elles un tampon iodoformé. Quelques débris noirâtres se mêlaient à l'eau des lavages ; un suintement léger séro-purulent, sans odeur, continua jusqu'au 10 août ; la malade peut se lever à partir du 20 août.

Le 1<sup>er</sup> septembre, je vis avec étonnement la cystocèle disparaître et augmenter peu à peu jusqu'au milieu du mois ; la malade maintenait son vagin procident avec un gros tampon d'ouate et un bandage en T. Elle eut bientôt un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois et quitta l'hôpital vers le 14 avec l'intention de subir prochainement l'opération complémentaire que je lui avais promise.

Celle-ci fut faite à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu dans le courant d'octobre ; large avivement des parois antérieure et postérieure et cloisonnement du vagin par le procédé de M. Le Fort, suture au crin de Florence. Comme la vulve est très large, avivement et suture des grandes lèvres dans leur moitié inférieure. Guérison parfaite au bout d'un mois.

#### OBSERVATION XLVI. — (M. ROUTIER.)

A..., 24 ans, infirmière à Laënnec, sentit à l'âge de 18 ans, à la suite d'une chute, un craquement se produire dans le ventre et bientôt elle eut l'utérus à la vulve. En 1881 on lui appliqua un pessaire à l'hôpital Saint-Antoine, il fut mal toléré. Après deux grossesses suivies d'accouchements à terme, la chute de l'utérus était complète et, ce qui la gênait encore plus, c'était une cystocèle suivie de besoins très fréquents d'uriner.

En 1887, un de mes collègues lui fit un Alquié-Alexander, puis, quelques mois après, une élytrorrhaphie antérieure, le tout sans succès. En 1888, quand je la vis pour la première fois, l'utérus était dehors et la cystocèle volumineuse ; comme elle avait déjà été opérée, je voulus revenir aux pessaires, mais en vain.

Le 24 juillet 1888, je lui fis l'opération de Le Fort, mais

une partie des sutures, la plus antérieure se désunit et bientôt l'utérus redescendit à côté de la bride vaginale que j'avais créée.

En septembre, les choses étaient au même point et j'essayai d'une colporrhaphie, rien n'y fit et c'est en désespoir de cause que je me résolus à faire l'hystérectomie vers la fin de 1888.

La cystocèle ne fut pas absolument supprimée de ce fait, mais, au moins, très diminuée, en tous cas la malade n'avait plus les inconvénients qui l'avaient si longtemps obligée à subir des opérations.

#### OBSERVATION XLVII. — (M. MONOD.)

P. B., 50 ans. Entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 7 juillet 1893. Pas d'antécédents héréditaires notables. Réglée à douze ans sans accidents. Mariée à vingt-six ans, a eu cinq grossesses dont les suites ont été régulières. Jamais d'albuminurie ou d'éclampsie. La ménopause s'établit depuis quelque temps, pas de règles depuis quatre mois. Col à la vulve un mois avant son entrée à l'hôpital, troubles de motilité depuis deux ans, s'accroissant progressivement avec le prolapsus.

L'utérus est facilement refoulé, mais revient aussitôt à sa position première.

Etat actuel. — Depuis un an, la malade ne peut marcher ; elle reste étendue soit au lit, soit sur un canapé. Dans le décubitus dorsal les pieds exécutent tous les mouvements ; la malade peut même fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, mais il lui est absolument impossible de détacher les talons du lit. Il semble que l'impotence réside surtout dans le triceps. La contraction du muscle n'est pas suffisante pour donner au membre la rigidité nécessaire au mouvement d'élévation. Les réflexes rotuliens sont normaux, de même le réflexe plantaire. Sens musculaire intact, sensibilité normale, ni anesthésie, ni hypersthésie. Lorsqu'on fait lever la malade, ses jambes rampent sur le lit jusqu'à ce qu'elles aient gagné le bord. Elle se laisse alors tomber sur les pieds et se tient debout sans aucun appui et sans fatigue notable. Pas de signe de Romberg. Si on prie la malade de marcher, elle ne peut le

faire sans s'appuyer sur le lit ou sur une chaise. Elle avance à petits pas en glissant les pieds sur le sol sans les en détacher. La malade ne peut se baisser. Elle rampe pour remonter dans son lit comme pour en descendre. Aucune douleur dans les membres inférieurs, spontanée ou à la pression. Pas de déformation de la colonne vertébrale. Rien du côté des réservoirs. Après un examen minutieux, on ne trouve aucun stigmate hystérique, pas d'anesthésie hénilatérale pharyngienne ou cornéenne, pas de rétrécissement du champ visuel, de zones ovariennes ou autres. Aucun trouble de la vue, de l'ouïe ou des autres sens. Rien à noter du côté des membres inférieurs ou supérieurs. La malade, très inquiète, est résignée à tout supporter pour être guérie de cet état qui la condamne à l'immobilité.

M. Monod considérant que le prolapsus utérin et l'impotence paraissent s'être développés parallèlement, qu'il pourrait y avoir entre ces deux faits plus d'une coïncidence, estime qu'il y a lieu, dans cas, de procéder à la cure radicale du prolapsus par l'hystérectomie, avec l'espoir que, du même coup, l'état fonctionnel des membres inférieurs pourra être heureusement modifié.

Opération le 15 juillet. Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen ; elle est d'une extrême simplicité. L'utérus est enlevé en six minutes, quatre pinces à demeure.

15 juillet soir. Apyrexie. Quelques soubresauts dans les membres inférieurs, la cuisse se relevant sur le bassin.

16 juillet, T. 37° 8. Bon état général. La malade, priée de soulever sa jambe, les soulève l'une après l'autre, en détachant les talons du lit, à son grand étonnement et à sa grande joie.

17 juillet. Les pinces sont enlevées le matin. A sept heures du soir, hémorrhagie arrêtée par un tamponnement immédiat.

20 juillet. Tamponnement enlevé, pas d'hémorrhagie. Très bon état général. Apyrexie complète. La malade soulève les deux jambes très facilement.

29 juillet. La malade peut être considérée comme guérie de son opération. Depuis deux jours elle se lève. Elle marche en levant les jambes et sans appui. Il lui reste cependant de la faiblesse et elle ne peut rester longtemps debout. Les réflexes

rotuliens sont exagérés. Pas d'anesthésie, pas d'atrophie musculaire. Elle sort de l'hôpital dès les premiers jours d'août pour aller dans une maison de convalescence.

Janvier 1894. Elle est revue chez elle par mon interne. Il constate que l'amélioration survenue après l'opération persiste. La malade fort satisfaite de son état, n'est plus condamnée au repos, elle vaque à ses occupations dans l'appartement. Elle marche sans cannes, ni béquilles, mais toujours à petits pas et lourdement comme si elle n'osait encore se fier à la solidité des membres inférieurs. Le prolapsus ne s'est pas renouvelé.

OBSERVATION XLVIII. — (MM. HARTMANN et DU BOUCHET.)

M. J., femme R., 67 ans. La malade entre le 17 juillet 1893 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 2. Régliée à dix-sept ans régulièrement, pendant deux à trois jours chaque mois. Cette personne a eu deux grossesses à terme, la dernière à vingt-trois ans; de quarante-quatre à cinquante ans elle a presque constamment perdu du sang, puis tout écoulement a cessé. La maladie actuelle ne remonterait, suivant elle, qu'à six mois. C'est alors, seulement, qu'elle s'est aperçue que son utérus sortait de la vulve. Pendant les premiers temps, elle arrivait à le rentrer elle-même; mais, depuis trois mois, elle ne peut y parvenir. A part la gêne locale qui en résulte, le suintement qui s'est fait sur cette surface constamment extérieure et ulcérée, la malade n'éprouve pas de douleur. Elle est constipée d'une manière habituelle et a de la peine à uriner. La vessie est devenue paresseuse et la malade ne peut uriner que debout; quelquefois même elle est obligée de marcher quelques pas avant de pouvoir uriner. L'utérus pend entièrement hors de la vulve, il existe une inversion totale du vagin. L'extrémité du museau de tanche est largement ulcérée et de la cavité utérine il s'écoule du muco-pus. L'hystéromètre donne treize centimètres et demi. Urines, 1.100 gr., acides, D : 1016 gr. Urée, 18 gr. par litre.

12 août 1893. Hystérectomie vaginale par M. Hartmann avec l'aide de M. du Bouchet. Incision circulaire de la muqueuse au



pourtour du col, décollement de la muqueuse vaginale en arrière et ouverture du cul-de-sac rétro-utérin.

En avant la séparation est pénible et nous mettons assez longtemps à libérer la vessie. Afin de manœuvrer plus facilement, nous lions des deux côtés la partie inférieure des ligaments larges et terminons ensuite la libération de la face antérieure de l'organe. Forcippresseur de la partie supérieure des ligaments larges. L'examen de la pièce nous montre qu'il existe un allongement considérable de la portion sus-vaginale du col. Dans l'épaisseur de la paroi gauche de l'utérus, existe, près du fond, un fibrome du volume d'une pomme d'api, que nous n'avions pas diagnostiqué. Au fond de la cavité utérine, un autre petit fibrome pédiculé du volume d'un pois.

T. le soir, 36°6.

13 matin. T. 36°8. P. 80. Pas de vomissements depuis hier, mais ce matin, un peu de météorisme et quelques coliques. T. le soir, 37°4. P. 88.

Le 14 matin, T. 37°6. La malade a vomi pendant la plus grande partie de la journée d'hier. Le ventre est un peu ballonné. La langue est sèche. Ablation des pinces. Purgation. Le soir, T. 37°4. P. 100. Le météorisme a diminué, malgré le peu d'effet de la purgation.

Le 15, matin, T. 37°4, soir, 37°6. La langue est toujours sèche. Un peu d'agitation nocturne hier.

Le 16, 37° 2 et 37°3. Selles abondantes la veille après un lavement purgatif. Elle a rendu de nombreux gaz par l'anus. La langue devient humide. A partir de ce moment, la malade a été constamment bien jusqu'à sa sortie de l'hôpital qui a eu lieu le 31 août. La mèche de gaze iodoformée vaginale a été enlevée le 18

7 janvier 1894. Nous venons d'avoir des nouvelles de notre opérée; elle va bien. Pendant l'effort ou après la marche, la paroi vaginale antérieure tombe entre les lèvres de la vulve qu'elle écarte sans cependant sortir au dehors.

#### OBSERVATION XLIX. — (M. HARTMANN.)

H. C., 61 ans. Entre le 23 décembre 1893 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, M. Terrier. Régée à vingt et

un ans, cette malade a toujours vu ses règles venir normalement sans aucun accident. Deux accouchements à terme, l'un il y a vingt-cinq ans, l'autre il y a vingt et un ans. Ménopause à cinquante ans.

Au dire de la malade, l'utérus serait apparu à l'extérieur, pour la première fois, il y a cinq mois, pendant un effort fait pour soulever un lourd fardeau. A ce moment il ne sortait que très peu; depuis cette époque, elle tache son linge et la saillie extérieure de l'utérus augmente progressivement. L'utérus est constamment en dehors; lorsque la malade marche un peu elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre avec irradiations dans les cuisses.

Etat actuel. — Il existe une chute de l'utérus avec inversion complète du vagin lorsque la malade a marché quelque peu dans la salle. Le museau de tanche est ulcéré dans presque toute son étendue. L'ulcération à bords festonnés, taillés à pic, empiète même sur la muqueuse vaginale. De l'orifice du col s'écoule une sécrétion catarrhale assez abondante. L'état général de la malade est assez bon. C'est cependant une vieille à peau flasque, dont les membres inférieurs sont couverts de varices, dont la face est parsemée de dilatations capillaires qui lui donnent une apparence rougeaude. Un peu d'emphyseme et de bronchite chronique. Urines acides, normales, avec 13 gr. 6 d'urée par litre.

2 janvier 1894. Hystérectomie avec résection large du vagin suivant le procédé de Fritsch par MM. Hartmann et du Bouchet.

Le col utérin étant saisi avec une pince de Museux et attiré en haut et en avant, on fait sur la muqueuse vaginale postérieure une incision en V dont le sommet arrive près de la vulve, le V comprenant environ les deux tiers de la paroi vaginale postérieure. Cette incision ouvre d'emblée le cul-de-sac recto-utérin. Ayant maintenu par quelques pinces à pression le péritoine en rapport avec la muqueuse vaginale au niveau de la tranche, on cherche le fond de l'utérus qu'on bascule dans la plaie. Le bord supérieur des ligaments apparaît avec ce fond; on y place à droite et à gauche deux ligatures entre-croisées à la soie. Puis revenant à la face antérieure

on comprend dans un vaste U presque toute la portion de la paroi vaginale correspondant à la vessie. La préparation du lambeau vaginal est difficile et ne peut être faite qu'au bistouri. Commencée au voisinage de l'urèthre, elle est continuée d'avant en arrière, jusqu'à l'utérus. Arrivé à celui-ci, nous continuons à progresser, marchant non plus entre la muqueuse vaginale et la vessie, mais entre l'utérus et la vessie. La dissection continue à être difficile tant et si bien que nous incisons dans le tissu utérin pour être sûr de ménager la vessie. Pendant les manœuvres nous pénétrons trop avant dans l'utérus et ouvrons la cavité utérine. Aussi, pour nous guider, introduisons-nous un doigt par l'incision postérieure jusque dans le cul-de-sac vésico-utérin. Mieux guidé dès lors, nous reprenons la dissection d'une manière régulière et ouvrons le cul-de-sac péritonéal antérieur.

Les deux culs-de-sac ouverts, les incisions antérieure et postérieure circonscrivant deux grands lambeaux vaginaux attenants à l'utérus, celui-ci n'est plus relié aux parties voisines que par les ligaments larges dont la partie supérieure est déjà liée. Nous complétons leur ligature par une troisième anse de soie placée sur leurs bases, puis les sectionnons et enlevons l'utérus. Un surjet transversal au catgut nous permet de réunir les bords de notre U l'un à l'autre ; ce surjet charge au passage les tuniques vésicales dénudées dans l'intervalle des branches de l'U. En arrière nous ne plaçons que deux points de suture transversalement sur l'incision vaginale. Nous terminons en attirant le péritoine en arrière et en avant pour le suturer au catgut à ce qui reste du vagin, doublant ainsi la surface dénudée de la vessie ; puis, nous fixons à ce même vagin la partie inférieure des ligaments larges, nous servant pour cela du fil de soie liant la base de chaque ligament ; un tampon de gaze iodoformée est placé dans le petit canal péritonéo-vaginal ainsi constitué.

3 janvier matin, 36°6 ; soir, 37°5. La malade a uriné 300 grammes de liquide. Elle va bien, mais a la langue sèche.

4 janvier, 37°2 et 38°3. Un peu de ballonnement, langue sèche. Purgation.

5 janvier, 37°3 et 37°2. La purgation a été suivie d'un affais-

sement complet du ventre ; la langue est humide. Depuis ce moment, il n'y a plus eu le moindre incident jusqu'à guérison complète.

OBSERVATION L. — (M. QUÉNU.)

M<sup>me</sup> L. . . , 56 ans, mère de sept enfants, s'est aperçue, au mois d'octobre 1892, que sa matrice pendait au dehors, elle en éprouva de la gêne plutôt que de véritables douleurs, puis la marche devint bientôt difficile et presque impossible. Elle se décida alors à nous consulter. L'utérus était volumineux, sa cavité agrandie. Nous commençâmes l'opération avec l'idée d'amputer le col et de terminer par une colpopérinéorrhaphie.

La guérison fut rapide ; opérée le 25 décembre 1892, la malade quitta l'hôpital le 20 janvier 1893. A sa sortie, la cicatrice vaginale était bien fixée, haut située, la cystocèle bien réduite.

**MAR 22 1907**  
Nous avons eu, le 17 décembre 1893, soit un an après l'opération, des nouvelles de notre opérée qui habite en province ; elle a repris sa vie active et n'a pas eu à se plaindre de son prolapsus une seule fois. Désirant avoir des renseignements plus précis, nous avons écrit au docteur Vermulle, de Bergues, qui a bien voulu se rendre chez la malade et l'examiner ; il nous a écrit qu'il n'était pas possible de constater le moindre prolapsus nouveau.

OBSERVATION LI. — (M. QUÉNU.)

M<sup>me</sup> G. . . , 58 ans. Six fausses couches. Six accouchements normaux. Son prolapsus date de 1865, soit de vingt-huit ans.

Pendant des années elle porta des pessaires, mais, peu à peu, le prolapsus s'accrut et depuis un an l'usage du pessaire devint impossible. Depuis ce moment, elle a été obligée de cesser tout travail ; elle souffre beaucoup, urine difficilement, ses digestions sont pénibles, accompagnées parfois de vomissements. La matrice paraît petite.

Opération le 16 février 1893 ; hystérectomie vaginale, colporrhaphies antérieure et postérieure ; périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait, le 2 octobre. La température maxima



a été de 37°6. Les fils ont été enlevés le 25 février et le 18 mars la malade quitte l'hôpital, soit un mois et deux jours après l'opération.

Nous l'avons revue au mois de mai, puis le 20 novembre 1893. Le résultat est demeuré parfait ; la cicatrice, très élevée, reste fixée sans aucune tendance à l'abaissement quand la malade est debout ou quand elle tousse.

#### OBSERVATION LII. — (M. QUÉNU.)

M<sup>me</sup> V..., 44 ans, couturière, trois enfants. Le premier accouchement eut lieu en 1872 au forceps et fut suivi d'une déchirure périnéale non réparée ; bientôt après, une chute de l'utérus se produisit ; cette infirmité fut bien supportée jusqu'en 1890. A cette époque, chute dans un escalier, la réduction du prolapsus devint difficile. En 1892, le col s'ulcéra, la contention, faite par un bandage Bornier, était mal supportée ; en août 1892, le ventre devint douloureux, la malade entra même à l'hôpital, dans le service de M. Routier, pour se faire opérer, mais dut différer. Les règles sont régulières, mais douloureuses.

Examen du 15 mars 1893 : Chute complète de l'utérus ; le col très volumineux est ulcéré, la réduction présente une certaine difficulté. Hystérométrie : 12 centimètres. Par le toucher on sent, dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur volumineuse, résistante, qui paraît être un kyste. En effet, après l'opération on trouva un kyste qui, par la ponction, donna 800 grammes de liquide et fut extirpé.

Hystérectomie le 16 mars, périnéorrhaphie, pas de colporrhaphie. Suites opératoires excellentes, aucune réaction. Enlèvement des fils périnéaux le 8 avril. Sortie de l'hôpital le 25 avril, soit vingt-six jours après l'opération. M<sup>me</sup> V..., est examinée le 25 octobre, soit sept mois après, aucune gêne fonctionnelle, le moignon cicatriciel est très haut ; très léger degré de cystocèle ne gênant en rien la marche ou la miction.

#### OBSERVATION LIII. — (M. QUÉNU.)

R. L..., 64 ans. Entrée le 24 juin 1893. Hystérectomie le 8 juillet, huit enfants. L'issue de l'utérus hors la vulve a été

remarquée en janvier dernier. En avril rétention d'urine ; les efforts pour uriner augmentèrent encore le prolapsus qui, bientôt, devint très gênant et même douloureux pendant la marche. On aperçoit, en dehors, une tumeur ovoïde du volume du poing, irréductible ; le col est rouge, ulcéré, ainsi que la partie du vagin avoisinante. Pesanteur dans le bas-ventre, douleurs irradiées dans les reins.

Simple hystérectomie sans autoplastie. Huit jours après l'opération, quelques symptômes de bronchite. Sortie le 6 août, vingt-neuf jours après l'intervention.

Le 25 novembre, la malade, sur notre appel, vient se faire examiner ; elle est debout toute la journée et n'éprouve plus aucune souffrance. Dans le décubitus dorsal, très légère saillie de la partie antérieure du vagin ; quant au fond du vagin, il est très bien maintenu et ce n'est qu'avec difficulté que le doigt peut l'atteindre, même la malade étant debout.

#### OBSERVATION LIV. — (M. QUÉNU.)

M<sup>me</sup> E..., 48 ans, sept grossesses. Le dernier accouchement a été laborieux, l'utérus étant en prolapsus. Encore réglée. Le prolapsus date de la première grossesse, c'est-à-dire de 1873.

Le col sortait déjà de la vulve en 1878. En 1889, il augmenta ; en avril 1893, pertes de sang, pertes muqueuses, difficulté dans la miction, tiraillements douloureux dans le bas-ventre et dans les reins ; ces douleurs deviennent assez vives pour décider la patiente à entrer à l'hôpital et à réclamer une opération. Celle-ci est faite le 20 octobre : hystérectomie et périnéorrhaphie. Utérus gros.

Sortie guérie en parfait état le 18 novembre, vingt-huit jours après l'opération.

#### OBSERVATION LV. — (M. LE DENTU.)

X..., 39 ans. Prolapsus complet, rectocèle, cystocèle. Lésions des annexes gauches.

Hystérectomie. Pendant l'opération, blessure de la vessie, suture après, fistule fermée. Adhérences intimes entre l'utérus

et la vessie, suites immédiates bonnes. Opération en mai 1892. En janvier 1894, cystocèle et rectocèle énormes.

OBSERVATION LVI. — (M. LE DENTU.)

X..., 52 ans. Utérus prolabé avec quelques petits fibromes interstitiels, cystocèle et rectocèle. Hystérectomie pendant laquelle on eut des hémorrhagies légères. La malade tomba pendant quelque temps dans le collapsus. Résultats postérieurs peu satisfaisants.

OBSERVATION LVII. — (M. LEJARS.)

X..., blanchisseuse, 76 ans. Grande, maigre, bien musclée, très vigoureuse malgré son âge et qui, forcée de travailler pour gagner sa vie, demandait instamment à être débarrassée de son infirmité. Le prolapsus complet avait vingt ans de date ; il était énorme. On pratique l'hystérectomie le 24 juin 1893, de la manière suivante :

On circonscrit le col en avant et en arrière par une double incision curviligne ; on décolle ensuite la vessie et le rectum, puis on ouvre les deux culs-de-sac péritonéaux correspondants. Réunion des deux premières incisions par deux traits latéraux qui passent à mi-distance du col et de la vulve et limitent ainsi sur la paroi latérale un large segment vaginal qui sera enlevé avec l'utérus. Bascule de ce dernier organe en arrière et on saisit les ligaments larges avec deux grandes pinces, on les sectionne et on libère complètement la matrice. Les deux lambeaux vaginaux antérieur et postérieur, encore réduits par leurs bases, sont alors réunis par leurs tranches latérales et le cône vaginal ainsi restauré fut réduit aisément et reprit sa place.

Suites opératoires très simples. On retire les pinces au bout de quarante-huit heures, on lève la malade le douzième jour. Au bout de trois semaines, elle commençait à marcher. Sortie le 25 juillet, très valide. A repris depuis son travail. Ne se plaint plus.

OBSERVATION LVIII. — (M. LEJARS.)

X..., 58 ans. Malade depuis onze ans. Prolapsus total très volumineux. La surface de l'utérus prolabée est fortement ulcérée.

Le 10 octobre 1893, on pratique l'hystérectomie. On lie les ligaments larges au lieu de les pincer et on excise aux dépens de la paroi postérieure un segment vaginal triangulaire à base inférieure. Les bords de cette plaie sont réunis et la cavité péritonéale fermée.

Guérison par première intention. Deux semaines après, on constate une cystocèle qui nécessite une double colporrhaphie latérale. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION LIX. — (M. GUILLOU.)

M<sup>me</sup> N..., 59 ans. N'est plus réglée. L'utérus proémine hors de la vulve. Cystocèle très marquée. Rectocèle. L'utérus est farci de fibromes. Hystérectomie vaginale le 9 novembre 1892.

Suites immédiates bonnes. Un mois après l'opération, on a constaté une tendance à la reproduction de la colpocèle.

OBSERVATION LX. — (M. CHAPUT.)

Antoinette A..., 66 ans. Opérée une première fois pour prolapsus complet, en avril 1891. (Colporrhaphie antérieure, colpopérinéorrhaphie postérieure.) Récidive. On lui fait aussi une oblitération du vagin qui échoue. Hystérectomie vaginale avec résection du vagin, le 21 septembre 1881. Hémorrhagie considérable.

En janvier 1894, le vagin a disparu, la malade présente seulement un cul-de-sac vulvaire. Une rectocèle, du volume d'une noix, fait saillie à la partie postérieure de la vulve ; la malade est néanmoins très satisfaite du résultat et travaille comme infirmière.

OBSERVATION LXI. — (M. CHAPUT.)

Pélagie D..., 22 ans. Maigre, chairs flasques, est entrée en 1890 à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, pour un prolapsus



complet pour lequel le docteur Sacré lui fit une hystéropexie. Trois semaines après, le processus récidivait. Elle entre à la Salpêtrière en août 1891, présentant une cystocèle et une rectocèle énormes. Le col utérin est très remonté dans le vagin, le fond de l'utérus adhère à la paroi abdominale. Hystérométrie : quinze centimètres.

Le 26 août 1891, extirpation de l'utérus et du vagin. Colpopérinéorrhaphie. Incision circulaire du vagin d'où partent deux incisions verticales latérales descendant jusqu'au col. Dissection des deux lambeaux vaginaux antérieur et postérieur. Pincement et section des ligaments larges. Le fond de l'utérus est très adhérent à la paroi ; en tirant sur le col, la paroi se déprime et s'enfonce dans le bassin. J'ai beaucoup de peine à sectionner l'adhérence de l'utérus à la paroi qui se présente sous la forme d'un ligament large, court, très épais et de consistance fibreuse. Ligature de tous les pédicules. Colpopérinéorrhaphie de Doléris. N'a pas été revue après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION LXII. — (M. CHAPUT.)

Aimée M..., 46 ans. Il y a six ans, notre collègue Picqué lui a fait successivement une amputation du col, une colpopérinéorrhaphie et un Alexander. Il y a deux ans, M. Picqué lui fit une nouvelle périnéorrhaphie et un nouvel Alexander. Récidive rapide du prolapsus. Il y a un an, M. Campenon lui fit à Necker une hystéropexie. Quinze jours après, le prolapsus récidivait. La malade entre à la Salpêtrière en décembre 1891, le col dépasse la vulve de quatre travers de doigt. Cystocèle et rectocèle. Hystérométrie : seize centimètres. Adhérence très solide entre le fond de l'utérus et la paroi abdominale.

Le 22 décembre 1891. Hystérectomie vaginale et résection du vagin. Ligature des pédicules. Suture hermétique du péri-toine. Ablation de ce qui reste de la muqueuse vaginale sur la demi-circonférence de la vulve. Trois sutures vulvaires au fil d'argent avec l'aiguille d'Emmet. Bourrage iodoformé.

La malade reste encore deux mois dans le service ; à la sortie, elle était en très bon état et le prolapsus n'avait aucune tendance à la récurrence.

OBSERVATION LXIII. — (M. CHAPUT.)

Caroline Th..., 57 ans. Vulve énorme, cystocèle, rectocèle et prolapsus complet. Hystérométrie : dix centimètres.

Hystérectomie vaginale. Résection du vagin sans colpopérinéorrhaphie. La malade quitte l'hôpital guérie, mais ne donne plus de ses nouvelles.

OBSERVATION LXIV. — (M. CHAPUT.)

Eulalie G..., 57 ans. Vulve énorme, cystocèle. La portion vaginale du col mesure cinq centimètres. Hystérométrie : neuf centimètres. Le col n'arrive qu'à la vulve dans le décubitus, il prolabe entre les cuisses dans la station debout.

Ablation de l'utérus et du vagin le 15 avril 1892. Poussée de septicémie qui guérit, et la malade quitte l'hôpital guérie. Revue en janvier 1894, elle présente une vulve très étroite, un vagin réduit à un cul-de-sac ; plus de trace de prolapsus.

OBSERVATION LXV. — (M. SCHWARTZ. Hôpital Cochin.)

Marie S..., 48 ans. Antécédents héréditaires inconnus.

Réglée à dix-sept ans et toujours régulièrement depuis. Fièvre continue à vingt-quatre ans à la suite d'une couche. A eu cinq couches, après chacune hémorrhagies abondantes suivies de leucorrhée. Il y a quinze ans, après un accouchement, il se produisit du prolapsus utérin qui alla depuis en s'accroissant, si bien que l'utérus est maintenant saillant à la vulve quand la malade se tient debout. Elle est extrêmement gênée pour uriner, car l'organe prolabé bouche le méat et elle est obligée de le repousser. Hystérométrie : quinze centimètres. Allongement hypertrophique du col.

Opération en avril. Hystérectomie vaginale ; six pinces à demeure. Elytrorrhaphie. Colpopérinéorrhaphie. Suites normales.

Le 19 mai, la malade part au Vésinet ; il ne reste qu'un léger degré de cystocèle combattu par un pessaire, n° 5, de Dumontpallier.

OBSERVATION LXVI. — (Hospice d'Ivry. M. GÉRARD-MARCHAND.)

M<sup>me</sup> T..., 47 ans. Régulée à douze ans. A eu deux enfants ; première couche à vingt-six ans, normale à terme, enfant mort à six semaines ; deuxième couche à vingt-neuf ans, à terme, difficile, suivie d'hémorrhagies, enfant mort à huit mois. Les deux fois, la malade s'est levée quinze jours après l'accouchement. En 1880, chute d'un deuxième étage, fracture de la jambe gauche.

Incontinence d'urine, eschare au sacrum, longue à guérir. Cessation des règles pendant deux ans. L'incontinence d'urine a présenté quelques améliorations passagères et intermittentes jusqu'en 1890. A cette époque, apparition du prolapsus utérin ; depuis, l'incontinence d'urine n'a fait que s'accroître. Cette infirmité est cause de l'admission à l'hospice. Depuis cette époque, menstruation irrégulière, métrorrhagies fréquentes avec caillot durant de huit à dix jours. Douleurs lombaires, constipation habituelle ; plusieurs fois menaces d'obstruction. C'est un de ces accidents qui amena la malade à l'infirmerie.

Pas de selles, pas de gaz, vomissements bilieux répétés. Ces phénomènes durent trois jours avec température atteignant 40° le soir et 38° le matin. L'utérus est relevé par un tampon vaginal ; quelques heures après, des selles abondantes sont évacuées, la température tombe.

Alcoolisme, état mental bizarre, perte de mémoire. La malade a été internée à Sainte-Anne, il y a quatre ans.

Prolapsus utérin, le col fait saillie à la vulve, la lèvre antérieure est petite, la lèvre postérieure épaisse, conoïde, ulcérée. Le col est long, le corps gros, mobile, confirmant le rectum. Pas d'albumine.

Opération le 24 février 1894. Incision transversale sur la face antérieure du col. Le décollement facile de la paroi vaginale antérieure est poussé assez loin sans que l'on arrive au contact du cul-de-sac antérieur. Incision transversale sur la face postérieure, décollement, le cul-de-sac péritonéal est ouvert. On accroche le ligament gauche avec le doigt, et on place un clamp à demeure. On sent le fond de l'utérus qui est en rétro-

version. La matrice est incisée sur la paroi antérieure sur une ligne médiane. Abaissement facile. Le col est long. Un fibrome intra-utérin fait saillie, il est excisé en partie. On continue l'incision de l'utérus, sur la ligne médiane, l'organe ne basculant pas, un autre coin du fibrome est enlevé, la bascule se produit. Un clamp est placé sur le ligament large droit. Les ligaments larges se laissent facilement attirer à la vulve, leur section est exsangue, l'artère utérine gauche très visible est liée. Les parois vaginales antérieure et postérieure sont suturées. Pansement iodoformé, sonde à demeure. Durée de l'opération : quarante minutes. Suites opératoires parfaites. Le 26 mai, les résultats se sont maintenus excellents. L'incontinence d'urine qui avait persisté après l'opération a complètement disparu. Il reste seulement un peu de cystocèle qui sera facilement guérie par une colporrhaphie antérieure.

OBSERVATION LXVII. — (M. Pozzi.)

H. P..., 34 ans. Régulée à quinze ans. Mariée à vingt ans. Trois accouchements normaux ; une fausse couche. Leucorrhée depuis sept mois.

La maladie a débuté depuis il y a environ douze ans après la première grossesse, à vingt et un ans. La malade s'est levée quinze jours après sa couche. Quelque temps après, les parois antérieure et postérieure du vagin faisaient saillie à la vulve, mais l'utérus était complètement caché. A cette époque, la malade a consulté M. Pozzi qui a conseillé le port d'un pessaire. Ce pessaire n'a amené aucune modification et a été abandonné. Pas de douleurs, ni de gêne dans la marche. Deuxième grossesse à vingt-quatre ans, à terme. Pas de modifications. Troisième grossesse à vingt-sept ans, à terme. A la suite de cette dernière couche, la maladie a commencé à progresser d'une façon continue jusqu'à aujourd'hui. L'utérus est apparu à la vulve et le prolapsus est à peu près devenu complet. C'était, il y a sept mois ; depuis cette époque, les symptômes ont été en s'aggravant.

Etat actuel. — Debout, la malade a une sensation de vacuité abdominale, de pesanteur au périnée et un tremblement dou-



loureux dans le côté gauche du ventre. C'est plutôt de la gêne que de la douleur. Pendant la marche, ces phénomènes s'accroissent ; le frottement des cuisses contre la tumeur ne tarde pas à devenir très douloureux et pour peu que la malade continue à marcher, la tumeur double de volume. La malade souffre quand elle s'assoit, car la tumeur portant alors sur le plan horizontal de la chaise est repoussée dans l'abdomen. Cette sensation est beaucoup plus accusée quand on essaie de réduire la tumeur dans l'abdomen, car y ayant perdu droit de domicile, elle y provoque une douleur intense. Tout cesse complètement dans le décubitus. La malade urine lentement, mais sans douleur. La marche provoque des envies fréquentes d'uriner, et si elle la prolonge, il y a incontinence se traduisant par l'émission de quelques gouttes d'urine. Pas de troubles de défécation. Pas de règles depuis dix mois. Leucorrhée depuis sept mois.

On aperçoit, entre les cuisses, une tumeur conique s'insérant à la vulve, de couleur rosée, à plis parallèles peu profonds, d'aspect cutané et sans ulcération. Le sommet de la tumeur est formé par le col utérin. Il est facile de constater que la base de cette tumeur se continue avec la muqueuse vaginale et que sa surface est formée par le vagin. Au palper, on reconnaît que la masse doit être formée de deux parties d'inégale consistance, une partie périphérique molle, une partie centrale arrondie et dure. En introduisant une sonde d'homme dans l'urèthre, on reconnaît que la vessie se réfléchit sur la face antérieure de la tumeur jusqu'au voisinage du col. Hystérométrie douloureuse : onze centimètres. Le palper permet de reconnaître que l'utérus n'est pas augmenté de volume, mais que sa longueur est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Il s'agit d'un allongement hypertrophique du col. Enfin, par le toucher rectal, on constate que l'ampoule forme un diverticule antérieur allant du côté de la tumeur.

Le 28 avril 1894, hystérectomie vaginale par le procédé de Fritsch modifié et périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait.

29 avril. Pas de fièvre, pouls plein à quatre-vingts pulsations.

30 avril. On retire la sonde ainsi que la mèche intra-péritonéale.

2 mai. Le périnée est œdématié et rouge. Pas de fièvre. Les fils ont une légère tendance à couper.

16 mai. Les fils sont retirés, le périnée est complètement suturé ; il ne reste que de petites plaies profondes et transversales dues aux fils qui ont coupé.

30 mai. La malade est complètement guérie, le fond du vagin est rétréci mais n'a aucune tendance à faire hernie au dehors. Quand la malade tousse on sent une très légère impulsion. Le périnée mesure six centimètres.

#### OBSERVATION LXVIII. — (M. Pozzi.)

Désirée M..., 49 ans. La malade est atteinte d'un prolapsus utérin dont le début remonte à plusieurs années, depuis deux ans, l'utérus a franchi l'orifice vulvaire. Le prolapsus est complet et l'utérus présente une hypertrophie qui paraît porter principalement sur la portion sus-vaginale du col. La cavité utérine mesure douze centimètres de profondeur. Le col offre une petite ulcération au niveau de son orifice, indice d'un peu de métrite cervicale. Le col est un peu plus gros que normalement, mais ne contient pas de fibromes. Les annexes sont saines. Les symptômes fonctionnels sont essentiellement caractérisés par de la gêne dans la marche, des tiraillements douloureux dans la région du bas-ventre et des douleurs lombaires. Enfin, la malade est incommodée par quelques pertes blanches.

Le 5 mai, hystérectomie vaginale, colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie.

Premier temps. — Sur la paroi vaginale antérieure on circonscrit un grand lambeau triangulaire dont le sommet répond à un centimètre environ du méat urinaire et dont la base comprend dans son écartement le col utérin. Pour faciliter la dissection de ce lambeau et prévenir la perforation de la vessie, une sonde d'homme à demeure est préalablement introduite dans celle-ci. Un lambeau triangulaire, analogue au précédent, mais plus petit, est taillé et disséqué sur la paroi vaginale postérieure.

Deuxième temps. — La vessie est disséquée aux ciseaux et peu à peu détachée de la face antérieure du col ; ce temps est particulièrement délicat, car la vessie descendait extrêmement bas. Le cul-de-sac vésico-utérin étant difficile à trouver, on ouvre le cul-de-sac de Douglas. Deux doigts sont alors introduits sur ce dernier pour se recourber en crochet par-dessus le corps utérin et permettent de faire saillir le cul-de-sac vésico-utérin qui, dès lors, est très facilement incisé.

L'utérus dégagé, les ligaments larges sont sectionnés après ligatures avec des fils de soie.

Troisième temps. — Réunion de la plaie vaginale antérieure au moyen d'une suture continue profonde à deux plans superposés et d'une superficielle. La petite plaie vaginale postérieure est réunie partiellement par deux points de catgut séparés. Une mèche iodoformée est introduite par l'orifice qui résulte de l'ablation de l'utérus.

Quatrième temps. — Périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait.

Durée de l'opération complète : une heure dix minutes.

Les suites opératoires ont été assez simples ; le lendemain soir, la malade avait cependant 38°2, la langue était un peu sèche mais l'état général et local était bon.

Les jours suivants, la température axillaire oscille entre 37°2 et 37°6 ; la malade se plaint de douleurs vives au niveau de sa plaie périnéale qui est un peu tuméfiée. Les urines rendues ne dépassent pas 600 gr., sont un peu colorées, sédimenteuses et contiennent 30 centigr. d'albumine par litre. La malade a déjà été soignée pour des phénomènes légers de néphrite, il y a quelques mois.

11 mai. Sept jours après l'opération, la plaie périnéale présente une rougeur érysipélateuse et un peu de tuméfaction. On fait sauter les fils et il s'écoule un peu de liquide sanguinolent. La réunion ne s'est pas faite. Pansement humide. Profondément on ne trouve pas de collection, mais la pression est quelque peu douloureuse. La mèche retirée est propre, pas de suintement, aucun phénomène péritonéal. Etat général mauvais, agitation, la langue est rôtie. Rien aux poumons, rien au cœur. Pouls : 86. Température rectale : 38°2 le soir.

12 mai. Pas d'amélioration malgré le traitement tonique et diurétique prescrit. Température rectale: 38°6 le matin, 39°2 le soir. Pouls: 102 le matin et 90 le soir. L'agitation est extrême, la langue très sèche. Localement un peu moins de rougeur, mais la malade ne gardant plus les matières, il devient difficile de préserver la plaie périnéale des souillures stercorales, d'autant plus qu'il y a de la diarrhée. Urines, 600 gr., foncées, sédimenteuses.

13 mai. Température rectale: le matin, 39°6, le soir, 38°6. Pouls: 80 le matin. Urines, 500 gr. Pas d'amélioration, l'état général devient de plus en plus mauvais.

14 mai. Température rectale: 37°5 le matin, 38°6 le soir. Pouls: 104. Aphasie depuis le matin, il est fort difficile de faire prendre quelque chose à la malade. Urines rendues, 360 gr.

15 mai. Température rectale: le matin, 37°3; le soir 38°6. Pouls: 120. La malade est au plus mal. Urines rendues, 500 gr. Aphasie persistante.

16 mai. Température rectale: 39°2. Pouls: 100. Urines rendues, 350 gr. Mort à deux heures de l'après-midi.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Au niveau de la ligne de suture de la plaie vaginale antérieure, et le long des ligaments larges, existaient des trainées purulentes, qui, de chaque côté, à la partie moyenne des ligaments, avaient donné naissance à un petit abcès comme une noisette. Pas de péritonite, pas même dans le petit bassin.

Examen des viscères: poumons sains, à peine un peu congestionnés aux bases. Cœur normal.

Foie avec plaques jaunâtres et léger piqueté, hémorragie rappelant le foie infectieux. Rate normale. Reins avec capsule légèrement adhérente; pas de grosses lésions macroscopiques.

Cerveau: pas d'hémorragie ni de ramollissement. La cause de l'aphasie reste inconnue.

Examen bactériologique: Le pus recueilli lors de l'autopsie était polymicrobien. Sur lamelles on trouvait, après coloration simple, quelques bacilles, des cocci isolés et des chaînettes de streptocoques, le nombre de ces derniers était extrême.

Les cultures ont donné du coli et du staphylocoque en grande quantité et quelques colonies de streptocoques.



La mort semble due à une infection provenant sans doute du streptocoque. Les éponges paraissent devoir être incriminées.

OBSERVATION LXIX. — (M. CHAPUT.)

V..., Rosalie, journalière, 54 ans. Entrée le 8 juin 1894 au service de M. Chaput. Réglée à dix-neuf ans, toujours régulièrement jusqu'à la ménopause qui arriva il y a dix ans environ.

Huit grossesses consécutives, la première à vingt-deux ans, la dernière à quarante et un ans, régulièrement terminées par un accouchement normal, après chacune desquelles elle restait neuf jours au repos. A l'âge de trente-trois ans, grossesse gémellaire.

A dix-huit ans, en faisant un effort, V... a ressenti un craquement dans le ventre ; pour elle, le prolapsus remonterait à cette époque et se serait installé graduellement jusqu'à acquérir son volume actuel. C'est vers le troisième accouchement que l'utérus aurait franchi la vulve.

Actuellement, il existe un prolapsus utérin volumineux, s'accompagnant parfois de quelques douleurs abdominales sourdes. La tumeur est réductible et la malade la fait rentrer dans le décubitus dorsal. Mais elle se reproduit au plus léger effort. Sa forme est celle d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure. Elle mesure les dimensions suivantes : largeur, treize centimètres, pourtour à la base, vingt-sept centimètres. La muqueuse qui la recouvre est rosée, sèche, fendillée ; la face inférieure présente de grosses crevasses. La face supérieure est occupée par une ulcération à bords taillés à pic, légèrement indurés, à fond granuleux et rosé, affectant la forme d'un fer à cheval à concavité supérieure. Enfin au niveau de l'orifice du col et à sa partie postérieure existe une deuxième ulcération analogue à la précédente, à bords taillés à pic, à fond roussâtre, atteignant les dimensions d'une pièce de deux francs environ.

A la palpation, on constate la présence dans le prolapsus du corps de l'utérus tout entier ; l'organe est en rétroversion complète ; son grand axe est horizontal. Il n'existe pas

d'hypertrophie. Les dimensions de la cavité sont : six centimètres.

La vessie prolabée partiellement est en bissac ; la portion supérieure contient de l'urine, le diverticule inférieur descend assez bas, et la sonde introduite dans sa cavité arrive à la partie moyenne de l'utérus, soit à sept centimètres environ du méat.

Enfin par le toucher, on constate la présence d'une portion peu considérable du rectum dans le prolapsus.

Rien de particulier dans l'état général.

Opération le 12 juin 1894. Après une incision circulaire autour du col, on pratique l'extirpation totale de l'utérus, L'hémostase est difficilement obtenue. On fait une colporrhaphie antérieure. Après l'application des sutures, le prolapsus prend la forme d'un phallus. Une colpopérinéorrhaphie postérieure est alors faite, mais la réduction est très difficile et la portion restante de l'utérus reste saillante dans le vagin. Les sutures de la colporrhaphie inférieure ne peuvent être serrées.

15 juin. La malade présente des phénomènes d'obstruction intestinale. Le ventre se ballonne. Les sutures vulvaires sont enlevées et le moignon est entraîné et maintenu au dehors par deux pinces érigées.

16 juin. Les phénomènes généraux sont inquiétants, la température est élevée et le ventre ballonné,

M. Chaput excise tout le prolapsus au thermo-cautère. Il est entièrement sphacélé, s'étend jusqu'au péritoine du cul-de-sac de Douglas, d'où s'échappent plusieurs centaines de grammes de liquide putride et noirâtre. Lavage de cette cavité au sublimé, bourrage iodoformé. L'hémostase est faite avec des pinces laissées à demeure. La malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouve des lésions de péritonite putride généralisée.

Il est à remarquer que la péritonite a été le résultat non d'une infection opératoire, mais du sphacèle d'un prolapsus comprimé par les sutures, les colporrhaphies et par le refoulement de cette masse énorme dans le vagin.

OBSERVATION LXX. — (M. SEGOND.)

X..., 50 ans. Prolapsus de l'utérus avec cystocèle et double annexite très douloureuse. Utérus long de quinze centimètres. Périnée suffisant. Hystérectomie vaginale le 12 avril 1893. Guérison normale. Quatre mois après, sauf un léger degré de cystocèle, l'état de la malade est excellent.

OBSERVATION LXXI. — (M. SEGOND.)

X..., 51 ans. Prolapsus de l'utérus avec cystocèle, endométrite et annexite double très douloureuse. Utérus de quinze centimètres. Périnée suffisant. Allongement hypertrophique du col.

Hystérectomie le 17 mai 1893. Guérison rapide par première intention.

Le 3 janvier 1894, la malade se porte bien en ayant un léger degré de cystocèle qui exigera probablement une réparation ultérieure.

OBSERVATION LXXII. — (M. SEGOND.)

X..., 50 ans. Prolapsus d'un utérus mesurant douze centimètres de cavité, endométrite, deux fibromes interstitiels du fond de l'organe. Annexes saines. Léger degré de cystocèle. Périnée suffisant. Allongement hypertrophique du col.

Hystérectomie le 22 novembre 1893. Guérison. Aura peut-être besoin d'une colporrhaphie antérieure pour combattre un léger cystocèle.

OBSERVATION LXXIII. — (M. RICHELOT.)

X..., présente une chute de matrice depuis ving-deux ans. Prolapsus complet. Utérus volumineux et bosselé ; le développement de petits fibromes a certainement joué un rôle dans la procidence nouvelle. Métorrhagie et douleurs vives.

Colporrhaphie en 1888. Récidive en 1889 au bout de trois mois.

En 1889, hystérectomie vaginale. Résultats parfaits pendant plusieurs mois.

En 1890, colpocèle qui motive une deuxième colporrhaphie. Depuis, tout reste en place.

OBSERVATION LXXIV. — (M. RICHELLOT.)

X..., 32 ans. Six couches, malade depuis trois ans. Prolapsus de l'utérus accompagné de crises violentes qui se répétaient plusieurs fois par jour et qui l'empêchaient de se mouvoir. Hypertrophie considérable du col, qui était en outre déchiré profondément.

Hystérectomie vaginale totale le 4 février 1893. Guérison maintenue encore au bout d'un an.

OBSERVATION LXXV. — (M. RICHELLOT.)

X..., 33 ans. Malade depuis plusieurs années. Prolapsus complet. Utérus volumineux, hydrosalpinx volumineux du côté droit.

En juillet 1892, une colporrhaphie suivie de récurrence.

En novembre 1892, hystérectomie vaginale totale. On enlève la trompe et l'ovaire du côté droit, après morcellement de l'utérus.

Guérison parfaite qui, depuis, ne s'est pas démentie.

OBSERVATION LXXVI. — (M. RICHELLOT.)

X..., prolapsus total. Relâchement extrême des parois vaginales. Le 29 juillet 1893, hystérectomie vaginale. Guérison complète par primam.

Le résultat parfait s'est maintenu.

OBSERVATION LXXVII. — (M. RICHELLOT.)

X..., 48 ans. Prolapsus complet, relâchement extrême de tous les tissus. Déchirure périnéale complète. Le segment inférieur vraiment gigantesque avec deux lèvres informes et un orifice béant.

Hystérectomie vaginale au mois de novembre 1893. Guérison.

OBSERVATION LXXVIII. — (M. ROUTIER.)

X..., 52 ans. Prolapsus total irréductible. Utérus volumineux. Douleurs ovariennes violentes.

Hystérectomie vaginale totale en 1889. Résultat parfait, excellent.

OBSERVATION LXXIX. — (M. RECLUS.)

X..., 70 ans. Chute complète de l'utérus. La surface de l'organe ulcérée donnait issue à une certaine quantité de sang. La marche et même la simple station debout étaient pénibles. Troubles de miction. Malade affaiblie, cachectique. Hystérectomie vaginale totale avec cocaïne le 17 mars 1892. Sur les pédicules utéro-ovariens on plaça des pinces à forcipressure. Le troisième jour, on enleva les pinces. Vers le quinzième jour, la malade paraissait complètement guérie et sortait quelques jours plus tard de l'hôpital.

Morte d'une affection cardio-pulmonaire quelque temps après.

OBSERVATION LXXX. — (M. RECLUS.)

X..., 59 ans. Pas de couches ni de fausses couches. Ménopause à 51 ans. Malade depuis un an. A 58 ans, l'utérus sortit peu à peu de la vulve. Cystite et constipation. Utérus complètement prolapsé avec cystocèle et rectocèle. Le 15 janvier 1892, une colporrhaphie sans résultat. Le 15 février, une colpopérinéorrhaphie.

Le 3 avril 1892, hystérectomie des plus simples. Injection de cocaïne traçante, circonférentielle. Incision des insertions vaginales, dissection de la vessie, ouverture du cul-de-sac postérieur. Pince sur chacun des pédicules, que l'on sectionne et au bout de peu de jours la malade sort guérie. Au bout de deux semaines, elle revient avec un moignon vaginal hors de la vulve, une cystocèle et une rectocèle des plus accentuées. On pratique une colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure.



Le résultat fut remarquable ; trente-un mois après l'opération, le vagin, la vessie et le rectum sont à leur place, le périnée est solide et fort.

OBSERVATION LXXXI. — (M. MORESTIN.)

N. O..., 45 ans, quatre grossesses. Métrorrhagies. Prolapsus de l'utérus complet. Muqueuse excoriée. Utérus du volume normal.

Hystérectomie vaginale très facile. Une pince sur chaque ligament large que l'on enlève au bout de quarante-huit heures. Suites les plus simples et les plus satisfaisantes. Pas de tendance à la récurrence.

Au bout de cinq mois, la guérison se maintient. La malade meurt subitement.

OBSERVATION LXXXII. — (M. RECLUS.)

X..., 54 ans. Malade depuis plusieurs années, prolapsus complet. Vagin, au niveau de ses insertions utérines, épaissi, vascularisé et comme transformé en un véritable tissu caverneux. Utérus petit.

Hystérectomie vaginale totale le 2 mars 1893. L'incision circonférentielle donne beaucoup de sang. Hémorrhagie abondante. Nombreuses pinces laissées à demeure, guérison avec tendance à la colpocèle. Au bout de quinze jours, prolapsus du vagin qui nécessite une colpépérinéorrhaphie.

Au bout de huit mois, la réduction est complète et le périnée est solide.

OBSERVATION LXXXIII. — (M. POZZI.)

M.-L. L... Prolapsus complet.

Hystérectomie le 8 mai 1891, par le procédé de Fritsch modifié. Guérison. Un peu de cystocèle.

Revient plus tard subir une périnéorrhaphie. Guérison complète et définitive. Peut travailler.

OBSERVATION LXXXIV. — (M. Pozzi.)

M<sup>me</sup> B. G..., 41 ans. Bronchite, emphysème, maladie du cœur, prolapsus ancien et complet de l'utérus et du vagin. Petits corps fibreux interstitiels, oophoro-salpingite double avec hémato-salpinx gauche. Hypertrophie du col.

Le 21 mars 1872, colpohystérectomie qui dure assez longtemps.

Morte le lendemain d'une congestion pulmonaire. « Victime de l'anesthésie », au dire de l'opérateur.

OBSERVATION LXXXV. — (M. Pozzi.)

X..., prolapsus utérin et vaginal avec allongement hypertrophique du col.

Le 14 avril 1872, colpohystérectomie.

Guérison avec un léger degré de prolapsus vaginal. Devait revenir pour une colpopérinéorrhaphie mais ne s'est pas représentée.

OBSERVATION LXXXVI. — (M. CHAPUT.)

M<sup>me</sup> S. B..., 51 ans. Prolapsus avec un fibrome de 500 gr. Le col est à la vulve. Rétention d'urine.

Hystérectomie par morcellement sans colpectomie. Hémorrhagie considérable. Débridement vulvaire.

Guérison parfaite qui s'est maintenue telle dix-huit mois après l'opération.

OBSERVATION LXXXVII. — (M. MARCHAND.)

X..., prolapsus d'un utérus cancéreux.

Hystérectomie suivant le procédé de Fritsch.

Guérison immédiate, cinq mois après l'opération malgré les larges excisions faites, récurrence du prolapsus vaginal.

OBSERVATION LXXXVIII. — (M. SCHWARTZ.)

X..., 53 ans. Prolapsus récidivé. Utérus considérablement augmenté de volume contenant un corps fibreux, volumineux,

La cavité utérine : quinze centimètres ; l'allongement de l'utérus est dû principalement à une hypertrophie sus-vaginale du col.

Il y a six mois, colpopérinéorrhaphie. Récidive trois mois après.

En septembre 1893, hystérectomie vaginale accompagnée d'une hémorrhagie considérable, profuse même, malgré le pincement rapide des deux artères utérines, qui étaient aussi grosses que des humérales ; dix-neuf pinces, dont quinze à la fin de l'opération, ont été remplacées par des ligatures à la soie.

La malade est gardée au lit pendant trois semaines environ. Résultat immédiat excellent.

#### OBSERVATION LXXXIX. — (M. BOUILLY.)

X..., 60 ans. Utérus complètement hors de la vulve, paraissant allongé.

Hystérectomie pure et simple qui a été d'une facilité extrême. Pas d'opérations plastiques. Guérison.

#### OBSERVATION XC. — (M. TERRILLON.)

X..., 55 ans. Prolapsus complet. Hystérectomie vaginale. Guérison parfaite.

#### OBSERVATION XCI. — (M. TERRILLON.)

D. L..., 33 ans. Bien réglée depuis l'âge de seize ans. Un seul enfant. Depuis, tendance au prolapsus. Chute complète, allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col.

Hystérectomie vaginale le 25 mars 1892. Col attiré au dehors. Incision circulaire. Dissection facile. Cul-de-sac postérieur ouvert. Fils de soie à droite et à gauche, quelques catguts. On laisse trois pinces, une seule grande. Pansement iodoformé. Chloroforme, 35 grammes. Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Dépression assez marquée, deuxième et troisième jours, légère élévation de température, 38°2 à 38°4. Guérison.

OBSERVATION XCII. — (M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

D. C..., 45 ans. Malade depuis plusieurs années. Sept enfants, le dernier il y a dix-huit ans. Prolapsus très ancien s'aggravant de jour en jour.

Le 26 avril 1892, hystérectomie vaginale. Dissection facile, opération rapide. Rien que des sutures, pas de pinces. Chloroforme, 40 grammes.

Suites très simples. Pas de fièvre. Guérison complète.

OBSERVATION XCIII. — (M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

P. L..., 48 ans. Malade depuis six ans. Bien réglée depuis l'âge de onze ans. Deux grossesses ; un enfant encore vivant et une fausse couche de trois mois. Prolapsus presque complet constaté par un médecin depuis 1886. Pessaire. Il y a seize mois, l'utérus fait saillie à la vulve. Syphilis il y a un an. Traitée à Saint-Louis.

L'utérus tend à sortir complètement du vagin. Présence d'un corps fibreux dans sa cavité ; cystocèle très prononcée.

Le 22 mars 1892, hystérectomie vaginale. Abaissement de l'utérus facile, mais incomplet. Corps fibreux de 296 grammes en avant. Hémorrhagie abondante. Dix-sept pinces laissées sur place. Durée de l'opération : cinquante minutes.

Le premier jour, 38°8. Suites bonnes et des plus simples. Guérison.

OBSERVATION XCIV. — (M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

R. T..., 45 ans. Deux grossesses à quarante et un et à quarante-trois ans, la dernière difficile mais suites bonnes. Depuis deux ans, prolapsus qui s'exagère progressivement. Douleurs abdominales au moment des règles, restées régulières. Pas de pertes blanches. Malade depuis deux ans.

Prolapsus complet. Annexes du côté droit très grosses et douloureuses.

Le 12 mai 1892, hystérectomie vaginale. Extirpation des annexes du côté droit après abaissement facile. Opération rapide, pinces à droite, deux fils de soie puis pinces rempla-

cées par fils de soie. Chloroforme, 40 grammes. Durée de l'opération : trente-cinq minutes.

Légère élévation de température du troisième au sixième jour dépassant 38°. Guérison parfaite.

OBSERVATION XCV. — M. (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

M<sup>me</sup> A.-Ch. G..., 45 ans. Bien réglée depuis quatorze ans. Pas d'enfants ni de fausses couches. Il y a sept mois, à la suite d'efforts, la matrice commence à descendre. Malade depuis cette époque. Chute complète, actuellement, allongement hypertrophique du col qui est énorme. Fibrome au niveau de l'ovaire gauche.

Hystérectomie vaginale le 26 juillet 1892. La partie supérieure de l'utérus est très difficile à abaisser. Placement de fils. Dégagement difficile de l'angle gauche de l'utérus sans morcellement. Fibrome du volume d'un œuf accolé à l'ovaire enlevé, qui nécessite deux fils de soie. En tout huit à dix fils de soie mais pas de pinces en place. Hémostase assez laborieuse, mais ne paraissant pas parfaite. Chloroforme, 65 gr. Durée de l'opération : cinquante minutes. Suites très simples, sans aucune hémorrhagie, bien que l'hémostase ne paraisse pas complète. Guérison.

OBSERVATION XCVI. — (M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

V. R..., 32 ans. Prolapsus complet.

Hystérectomie vaginale très facile le 29 août 1893. Chloroforme, 25 gr. Durée de l'opération : vingt-cinq minutes. Suites bonnes. Guérison.

OBSERVATION XCVII. — (M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

M<sup>me</sup> H. A..., 49 ans. Chute de l'utérus complète. A déjà subi une ablation des annexes.

Hystérectomie vaginale le 25 décembre 1893. Opération assez facile, mais à cause de la dégénérescence artério-scléreuse des vaisseaux, hémorrhagie considérable, arrêtée par tamponnement. Suites mauvaises. Hémorrhagie, tamponnement, affais-



sement de la malade. Prostration au bout de deux jours, plusieurs transfusions de sérum artificiel. Mort le 1<sup>er</sup> janvier 1894. Le péritoine a semblé en parfait état à l'autopsie, et l'on n'a pu déterminer les causes du décès.

#### OBSERVATION XCVIII.

X... Prolapsus complet. Cystocèle. Annexite double. Allongement hypertrophique du col. Hystérométrie : quinze centimètres.

Hystérectomie vaginale le 12 avril 1893. Ablation des deux annexes malades.

Guérison parfaite. Revue au bout de quatre mois, la malade est encore en excellent état, sauf un peu de cystocèle. Mort en septembre de pneumonie.

#### OBSERVATION XCIX. — (M. LE DENTU.)

M<sup>me</sup> B..., 39 ans, blanchisseuse. Procidence de l'utérus. Celui-ci se montre au dehors de la vulve au moindre effort entraînant avec lui le vagin tout entier doublé de la vessie et du rectum. Salpingite gauche.

Hystérectomie le 31 mars 1892. Guérison sans accidents. Résultat bon. On revoit la malade vingt-deux mois après l'opération. Elle se sent bien, mais lorsqu'elle fait un effort, les parois vaginales antérieure et postérieure bombent un peu à travers la vulve.

#### OBSERVATION C. — (Personnelle.)

M<sup>me</sup> Math..., 54 ans, ménagère. Entre le 7 novembre 1893, au service de M. le professeur Heydenreich pour une descente de matrice qui l'empêche complètement de vaquer à ses occupations. L'infirmité dont elle se plaint a commencé en 1870 et n'a cessé d'empirer depuis cette époque, date de sa seule grossesse. Ce prolapsus ne l'inquiétait pas hors mesure quand, il y a environ six semaines, elle s'aperçut qu'elle portait quelques ulcérations sur la partie prolabée antérieure qui lui donnaient des sensations de brûlures. En même temps, elle ressentait des douleurs assez vives dans le ventre, s'irradiant dans les lombes et l'épigastre. Les urines étaient fréquentes, peu

abondantes par miction et laissaient déposer du pus au fond du vase.

À son entrée, elle présente une tumeur grosse comme un citron, qui fait irruption entre les deux grandes lèvres à la vulve. On y reconnaît facilement une muqueuse hypertrophiée présentant antérieurement quelques petites ulcérations en voie de cicatrisation et une ouverture médiane, fendue transversalement, qui est le col. La palpation de la partie antérieure découvre une tumeur molle, plus facilement réductible que le reste, qui n'est autre que la vessie entraînée par l'inversion du vagin. Le toucher rectal permet de sentir le fond de l'utérus juste au niveau de la partie supérieure du sphincter anal, il est en rétroversion. Hystérométrie: huit centimètres et demi. Ménopause à quarante-huit ans, depuis laquelle l'utérus est devenu, dit la malade, plus volumineux. L'état général est mauvais, c'est une malade vieille avant l'âge, toute ridée et décrépite, presque cachectique.

Opération le 10 novembre 1893. Désinsertion du vagin du col, circulaire en arrière, suivant les contours des ulcérations en avant.

(L'incision antérieure imite un V.) Ouverture du cul-de-sac postérieur, dissection avec le doigt d'adhérences nombreuses. Ouverture ensuite du cul-de-sac vésico-vaginal après une dissection artificielle et relativement facile de la cloison vésico-vaginale entraînée avec l'inversion du vagin. Ligature des ligaments larges en chaînette, section de ces derniers en rasant l'utérus, extraction de l'organe. Suture muco-séreuse du péritoine au vagin antérieurement et postérieurement. Hémorrhagie insignifiante. L'isthme était hypertrophié, ce qui explique l'augmentation de la cavité. Tamponnement à la gaze iodoformée.

10, au soir, 36°8.

11, matin, 37°6. Ventre légèrement ballonné. Pas de selles, aucune douleur. Soir, 38°6.

12, matin, 37°4. Soir, 37°4, une selle légère.

13, matin, 37°4. Soir, 38°4.

La température oscille ainsi pendant trois jours entre 37° et 38°, le 17 au soir, la température monte brusquement à 39°2

sans aucun symptôme du côté du champ opératoire. On constate alors une grippe avec une congestion légère du poumon gauche. Ventouses, caféine, champagne.

18, matin, 38°. Soir, 39°3. Etat stationnaire, malade agitée.

19, 37°9. Soir, 39°4. Les tampons iodoformés ne sont pas infectés, la congestion pulmonaire semble diminuer.

20, matin, 38°5. Soir, 38°4. Malade va mieux.

21, matin, 37°. Soir, 38°.

22, matin, 36°8. Soir, 37°4.

23, matin, 37°. Soir, 37°4.

24, température oscille entre 36°6 et 37°2. La malade se lève un peu ainsi que les jours suivants. Elle quitte le service le 30 novembre. Elle revient se faire examiner un mois après et l'on constate un prolapsus antérieur insignifiant qui ne la gêne en rien. Elle a repris ses occupations ménagères. La partie vaginale prolabée à cette époque équivaut au volume d'une noix.

Revue dix mois après, ne présente aucune autre récursive. La malade s'occupe de son ménage et est très alerte.

#### OBSERVATION CI. — (Personnelle.)

M<sup>me</sup> Cl. . . , Rosalie, tisseuse, 56 ans. Six grossesses, dont la première il y a trente-sept ans et la dernière à trente-cinq ans, toutes normales. Après chaque accouchement, la malade ne restait que quatre jours au lit et reprenait ses occupations de tisseuse. Après sa première couche, déjà, elle s'aperçut que sa matrice descendait à la vulve, mais était facilement repoussée à son emplacement normal. Ce prolapsus s'accrut progressivement après chaque parturition, de plus en plus gênant pour son travail, qui consiste à avoir les bras en l'air, le plus souvent en faisant des efforts. Après la dernière, son médecin lui fit porter un pessaire qu'elle conserva cinq ans environ, et qui, un beau jour, fut expulsé du vagin par les efforts incessants de son prolapsus. Depuis, toute réduction durable fut impossible et le travail tellement pénible, qu'elle dut l'arrêter.

A son entrée au service de M. le professeur Heydenreich,

l'état général de la maladie était relativement bon. La matrice sort d'environ sept centimètres entre les grandes lèvres, entraînant dans sa chute une partie du vagin. La vessie elle-même est prolabée. A l'aide d'une sonde en argent, on voit que la zone intermédiaire entre le bas-fond vésical et le col est égal à deux centimètres. La partie cervicale est fortement ulcérée sur une surface équivalente à une pièce de cinq francs, cette ulcération se prolonge sur environ six centimètres de la muqueuse vaginale dans la partie postérieure. Le col est aplati, largement ouvert, très volumineux. Hystérométrie : six centimètres. Au palper, on sent facilement une masse très arrondie à la partie postérieure, qui n'est autre que le fond de l'utérus. Prolapsus facilement réductible, mais se reproduisant si la malade tousse ou se met dans la verticale. Ménopause depuis sept ans.

Hystérectomie le 26 janvier 1894. Incision de tout le segment de la muqueuse du cul-de-sac postérieur, décollement sur une étendue de six centimètres et demi, et incision du péritoine sur la même ligne. Hémostase. Six points de suture séro-muqueux. Mouvement de bascule qui amène le col en haut, en arrière, et le fond de l'utérus en avant. Ligature en chaîne des ligaments larges et section en rasant l'utérus. L'ovaire droit qui était sorti par la plaie est enlevé. Le chirurgien attaque ensuite le segment antérieur de la muqueuse, en se guidant sur la sonde introduite dans la vessie et qui lui en donne les limites. La dissection entre la vessie et le vagin se fait artificiellement, en allant d'avant en arrière ou en l'attaquant par la partie postérieure, mais en suivant de très près l'utérus en haut et le vagin en bas. Le péritoine sectionné, l'utérus tombe entre les mains de l'opérateur qui pratique immédiatement huit sutures séro-muqueuses. Hémostase et tamponnement iodoformé. L'incision postérieure avait affecté la forme d'un V à cause des ulcérations, la muqueuse vaginale avait été enlevée sur une largeur de six centimètres à la base et une hauteur de sept.

Température, le soir : 36°8.

27, T. 37°3 et 37°6. Constipée. Va bien.

28, T. 37°5 et 37°8. Constipée. Va bien, pas de douleurs.

Le 29, 37° 2 et 37° 4. Pas de selles.

Le 30, 37° et 38°. Pas de selles. Urine seule à partir de ce jour.

Le 31, une purge. T. 37° et 37° 2. Selles abondantes.

1<sup>er</sup> février, 36° 8 et 36° 9. La malade va bien et ne présente plus rien de remarquable à partir de ce jour. On lui enlève son premier tampon iodoformé qui est remplacé par un autre. Le 5 février, la malade se lève pour la première fois, son prolapsus vaginal ne s'est pas reproduit, et elle semble complètement guérie à sa sortie le 11 février.

Revue quelques mois après, ne présentait aucune récurrence.

#### OBSERVATION CII. — (Personnelle.)

Justine R..., 57 ans. Mariée. Nancy.

Deux grossesses antérieures, la dernière couche date d'il y a quinze ans, a été très pénible, travail durant deux jours, extraction manuelle de l'enfant. Cinq à six semaines après, elle eut des douleurs d'estomac et elle s'aperçut que sa matrice apparaissait à la vulve. Au bout d'un an, sa matrice était complètement sortie du vagin, la chute était complète. La tumeur était réductible et ne donnait que des douleurs sourdes. Il y a une année environ, elle commença à éprouver des douleurs violentes dans la région lombaire, qui se compliquaient souvent de vomissements ou de nausées. Depuis quelque temps, la matrice est irréductible et elle est atteinte de pertes blanches très abondantes.

Entrée à l'hôpital en juillet 1892, on lui pratique une colporrhaphie antérieure et postérieure qui ne donne aucun résultat, car la chute se reproduit au bout de deux mois.

Au mois de décembre 1892, l'utérus est atteint d'un prolapsus complet et pend entièrement entre les cuisses, il est légèrement augmenté de volume, l'hystérométrie donne neuf centimètres. Le vagin est atteint de deux ulcérations de trois centimètres carrés chacune environ et partant du museau de tanche. Cystocèle très peu accusée. Pas de rectocèle.

L'état général de la malade est légèrement atteint. Elle mange et digère mal.



Le 21 décembre 1892 on pratique l'hystérectomie vaginale totale et l'on enlève un utérus assez volumineux en suivant le manuel opératoire décrit dans les observations précédentes. Tamponnement iodoformé.

Le soir, la température, 37°2.

Le 22, matin, T. 37° 2, soir 38°

Le 23, matin, T. 38°, soir, 37° 3.

Le 24, matin, T. 37° 4, soir, 37° 2.

Le 27 au matin, la température de la veille ayant atteint 38°, on enlève le tampon. On le remplace par un autre qui reste encore huit jours en place.

Les suites opératoires furent bénignes. Les douleurs lombaires et gastralgiques ont disparu, l'appétit revient. La malade quitte le service de M. le professeur Heydenreich le 14 janvier. Elle ne présente pas de récurrence.

OBSERVATION CIII. — (Due à l'obligeance de M. le professeur GROSS.)

La nommée M..., Caroline, âgée de 58 ans, de Gerbéviller, entre, le 28 novembre 1893, au service de M. le professeur Gross. Rien de particulier comme antécédents héréditaires. Son père est mort à 89 ans, sa mère à 72 ans d'une attaque d'apoplexie. Elle n'a eu qu'une grossesse à 38 ans, qui s'est terminée par un accouchement par le siège. Il s'est produit à cette époque, au dire de la malade, une déchirure du périnée qui n'a pas été suturée. La malade n'a jamais eu d'affections graves. Ménopause il y a treize ans.

Le début de l'affection actuelle remonte à quatre ans. Depuis cette époque, M<sup>me</sup> M... souffre d'une chute de matrice. Ce prolapsus augmenta rapidement. Au bout de peu de temps il avait atteint les dimensions qu'il a aujourd'hui.

La malade consulta plusieurs médecins, essaya divers pesaires, aucun ne réussit à tenir son utérus en place. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, mais éprouve une grande gêne pour travailler, vu la tumeur énorme prolapsée entre ses cuisses. Jadis, relativement assez grosse, elle a beaucoup maigri depuis quelques années, sans que son état général soit mauvais pour cela.

Etat actuel. — On voit pendre à la vulve une tumeur volumineuse, de couleur plus ou moins violacée, conoïde, présentant une surface antérieure lisse, plissée postérieurement, terminée à son sommet par le col utérin, béant et ulcéré. La hauteur est de huit à neuf centimètres. A la palpation, on sent l'utérus recouvert par une couche épaisse et mobile de parties molles, en avant, on reconnaît une masse fluctuante qui n'est autre que la vessie prolabée contenant un peu d'urine. La tumeur est facilement réductible, mais, au moindre mouvement de la malade, elle sort de nouveau. Quand on introduit une sonde par l'urèthre, elle suit un trajet d'arrière en avant et le bec vient toucher le col utérin. La miction se fait en avant et en haut et la malade souille ses vêtements. Pas de troubles de défécation.

Hystérectomie vaginale le 18 décembre. Anesthésie au chloroforme. On fait une incision circulaire autour du col utérin et on décolle l'utérus du tissu cellulaire antérieur et postérieur. Ce temps de l'opération est très difficile et s'accompagne d'un écoulement de sang notable, surtout au niveau de la vessie. On place un fil sur la partie inférieure des ligaments larges, de chaque côté, de manière à lier les artères utérines, et on sectionne. On place ensuite des fils enchaînés sur le reste du ligament gauche que l'on sectionne au ras de l'utérus. On fait basculer la matrice à gauche et on place des fils enchaînés sur le ligament droit qui est coupé à son tour. L'utérus est ainsi complètement détaché, il était plus petit que les résultats de la palpation le laissaient supposer. Lavage à l'eau distillée et tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples, apyrexie. La convalescence fut troublée par un état de lypémanie très prononcé qui force de renvoyer la malade chez elle pour quelque temps. M<sup>me</sup> M... quitte l'hôpital le 24 janvier, son prolapsus existe encore, mais infiniment moins prononcé, on n'aperçoit plus qu'une descente légère de sa paroi antérieure accompagnée du bas-fond de la vessie. Ne désirant pas prolonger l'opération plus longtemps, on avait remis à une date ultérieure la colporrhaphie antérieure et postérieure jugée nécessaire. La

malade rentre en mai 1894 chez M. Gross, pour y subir cette opération complémentaire, l'amélioration produite par la première opération s'est maintenue. Il se produit un petit abcès au niveau d'un pédicule ligamentaire qui élimine un fil. On surseoit à la seconde opération et, au moment de la pratiquer, la malade tombe dans un accès de lypémanie qui nécessite son renvoi à la maison.

OBSERVATION CIV. — (Due à l'obligeance  
de M. le professeur agrégé VAUTRIN.)

M<sup>me</sup> V. A..., 38 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires insignifiants. Sa mère est morte deux ou trois ans après son dix-huitième accouchement, à la suite de pertes de sang abondantes.

Règles normales depuis l'âge de treize ans. Mariée en 1883, a eu cinq enfants en 1876, 1881, 1883, 1888, 1891. Les trois premiers enfants sont morts, on a été obligé de recourir trois fois au forceps.

Le prolapsus utérin existe depuis le troisième accouchement, c'est-à-dire depuis dix ans. La malade travaillait le troisième ou quatrième jour après sa couche.

Depuis deux ans, la matrice sortait très facilement mais jusqu'à présent rentrait de même. Il y a quinze jours, sans cause connue, la malade ne put pas réduire le prolapsus.

Femme petite, très amaigrie. Lorsqu'on écarte les jambes, on aperçoit une tumeur constituée par la matrice en procidence complète. Le vagin lui-même est précipité et, sur la face antérieure de la tumeur, on aperçoit une petite masse fluctuante qui n'est autre chose que la vessie. Sur cette même face antérieure de la tumeur, on constate de larges ulcérations à fond grisâtre et l'une d'elles est près d'atteindre la paroi vésicale. Les ulcérations secrètent un liquide purulent à odeur extrêmement fétide. De plus, cette femme présente ce fait de particulier que son bassin a la forme d'un bassin rachitique pseudo-ostéomalacique. Le promontoire est très facile à atteindre à travers la paroi abdominale. La malade n'a jamais

ressenti de douleurs très vives. Hystérométrie : quatorze centimètres.

On opère d'abord la réduction avec quelques difficultés et on pratique des lavages antiseptiques. L'organe ne se maintenant pas réduit, on décide de pratiquer l'hystérectomie.

Hystérectomie le 8 juillet. Après l'antisepsie des voies génitales, on attire fortement l'utérus au dehors. Les ulcérations sont en voie de cicatrisation. Incision circulaire autour du col, sur la muqueuse vaginale, décollement de la vessie en avant, du rectum en arrière (ce temps est assez pénible). Pose d'une pince sur la portion inférieure du ligament large gauche et ligature à la soie de la partie supérieure non enserrée par la pince. Le ligament étant sectionné, l'utérus bascule latéralement, même opération à droite et la matrice est complètement libérée. Durée de l'opération : quarante-cinq minutes. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

10 juillet. L'opérée va bien. Elle a éprouvé des douleurs assez fortes le soir et le lendemain de l'opération. Aujourd'hui ces douleurs ont presque complètement disparu. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie. La malade a uriné seule dès la première nuit après l'opération. Constipation.

12 juillet. Écoulement peu abondant. Aucune douleur. L'opérée a de l'appétit, digère bien les œufs et le bouillon.

15 juillet. État général excellent. Écoulement très peu abondant, séreux avec un peu de pus. Selles régulières, urines normales.

18 juillet. Va très bien. On fait une injection vaginale et on en prescrit deux quotidiennement. La malade va très bien et demande à se lever, on lui fait néanmoins encore garder le lit pendant six jours et elle quitte le service à la fin du mois sans aucun accident. Les colpocèle et cystocèle ne s'étaient pas reproduites.

OBSERVATION CV. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VAUTRIN.)

P..., 45 ans. A déjà subi une élytrorrhaphie antérieure, une colpopérinéorrhaphie postérieure, un curettage et l'opération de

Schroeder, pour un prolapsus énorme dans le courant de l'année 1892. Récidive presque immédiate.

Hystérectomie en janvier 1894. La malade présentait alors une cystocèle du volume d'un œuf, accompagnant une chute complète de l'utérus et une légère rectocèle. Douleurs très vives dans l'abdomen et la région lombaire.

L'opération se pratique comme précédemment, les pinces restèrent quarante-huit heures en place, lorsqu'on les enleva il y eut un écoulement légèrement fétide teinté de sang, qui persista quelques jours après. On pratiqua alors des lavages antiseptiques pendant trois semaines, au bout desquelles on enleva quelques fils. Après ce laps de temps, quand la malade commença à se lever elle eut pendant deux jours une température variant entre 38° et 38°5, qui redevint ensuite normale. On lui enleva le restant des fils qui tenaient encore et la malade sortit de l'hospice sept mois après l'opération. A cette époque il n'y avait pas de récidive de colpocèle ni de rectocèle. Le bas-fond de la vessie formait seul une tumeur du volume d'une petite noisette et ne gênait ni faisait souffrir aucunement la malade (1).

(1) Pour le manuel opératoire des deux observations de M. VAUTRIN, consulter le chapitre des opérations complémentaires.

---



## CHAPITRE V

### **Indications de l'hystérectomie. — De ses suites.**

Ainsi que nous l'avons dit au commencement de notre thèse, les cas d'hystérectomies pour prolapsus se sont multipliés dans ces dernières années, les observations précédentes en sont d'ailleurs la preuve convaincante. Mais il reste à savoir si tous les chirurgiens ont approfondi les indications de l'opération. En un mot, est-elle légitime dans tous les cas de prolapsus ?

Il est juste de dire de suite que, dans tous les pays étrangers où l'hystérectomie dans le prolapsus a fait sa première apparition, dans ces derniers temps et sous une forme pratique, les chirurgiens représentèrent dès le début deux courants d'opinions. Les uns admirent l'opération et la trouvèrent légitime dans toute chute de la matrice. Le nombre de décès minime, leur hardiesse chirurgicale, les encouragèrent à opérer, la matrice tombait on l'enlevait ; nous citerons parmi eux Kaltenbach, Hégard, Schultze et Martin. D'autres, au contraire, bien qu'ayant obtenu des succès opératoires complets, renoncèrent à l'opération, cette dernière ne leur ayant pas fourni tous les succès thérapeutiques qu'on y cherchait. Les premiers n'avaient en vue que le poids de la matrice, s'appuyant sur une idée pathologique fausse ; les seconds, au contraire, prétendaient et avec raison, que si l'organe enlevé ne cause plus de prolapsus, il y a toujours crainte de récurrence du côté du vagin, et les observations sont nombreuses où l'on cite des procidences vaginales, continuant après l'hystérectomie.

Aussi, pourquoi exposer une femme aux risques, même minimes, d'une opération qui ne lui fournira pas l'assurance contre les récidives. Mais on n'entrevoyait que des indications sans les formuler, et il revient aux chirurgiens français de les avoir tracées d'une manière logique et en s'appuyant sur des observations nombreuses.

Nous n'avons qu'à résumer la discussion qui eut lieu devant la Société de chirurgie au commencement de l'année. Les opinions émises à ce sujet, s'appuyant sur des faits personnels, constituent un document précieux.

M. Paul Segond prévoit trois cas dans le prolapsus utérin. Il peut n'y avoir que défection de l'appareil de soutien sans cystocèle, sans rectocèle, sans tumeur. Il faut recourir alors à la périnéorrhaphie. Ce premier cas se complique-t-il de chute de la vessie, du rectum ou d'hypertrophie du col, on y adjoindra toutes les opérations anasplastiques ou hystérotomies qui sembleront nécessaires. L'hystérectomie sera réservée pour les utérus prolapsés fibromateux ou cancéreux, ou bien en possession d'annexes malades, aux cas d'irréductibilité, de relâchement des ligaments suspenseurs. « Inutile de dire, ajoute-t-il, que sauf dans les cas de tumeurs, on ne pratiquera l'ablation que si les malades ont atteint la ménopause. »

M. Lejars, de son côté, préconise l'hystérectomie lorsque l'utérus a perdu droit de domicile dans le bassin, quand le prolapsus est complet, invétéré, incoercible et que la femme a atteint la ménopause, reconnaissant, en outre, que l'opération pratiquée seule ne donne pas de résultats certains, il conseille de faire, en même temps, la colporrhaphie latérale.

Au point de vue de l'âge, M. Quénu est du même avis que les précédents, mais il fait aussi des réserves au point de vue curatif et radical de l'opération. Selon lui, il y a une triple indication à remplir : supprimer le poids de l'utérus, réparer le périnée et obvier à la défection de

l'appareil ligamenteux et de soutien. La première indication est seule remplie par l'hystérectomie, car on n'a jamais vu de résultat durable sans qu'on lui ait associé la périnéorrhaphie ou la colporrhaphie sous ses différentes formes.

De son côté, M. Richelot avoue la facilité et la bénignité de l'opération, élève des doutes au point de vue des résultats. C'est, dit-il, une ressource précieuse contre les prolapsus irréductibles, mais ne constituant que le premier temps d'une opération où entre en ligne de compte la colporrhaphie ou une autre anaplastie.

M. Lucas-Championnière estime que la meilleure des opérations préconisées contre le prolapsus est sujette à donner des récidives, il a pratiqué huit hystérectomies et n'en a pas obtenu des résultats durables, aussi revient-il volontiers à la colporrhaphie. Il est suivi dans cette voie par M. Routier.

M. Reclus, qui a pratiqué l'opération trois fois, convient de sa bénignité et de sa simplicité, mais, dit-il, le résultat thérapeutique est peu satisfaisant. « Considérant la colpoxie complémentaire comme la partie essentielle du traitement, nous ne trouvons, dit-il, l'indication de l'hystérectomie préliminaire que dans des cas relativement rares, même chez des femmes qui ont atteint la ménopause. On doit évidemment la pratiquer lorsque l'utérus prolapsé est le siège d'une néoplasie cancéreuse ou fibromyomateuse, ou encore quand les annexes présentent des lésions qui nécessitent leur extirpation. Mais, dans ces cas, l'ablation de la matrice est plutôt commandée par la dégénérescence des organes que par leur déplacement. En dehors de cette indication à laquelle je suis tout près à souscrire, l'hystérectomie vaginale n'a pas, à mon avis, un grand avenir dans le traitement du prolapsus utérin, dans l'état actuel des choses. »

Si l'opinion précédente restreint les indications, M. Pozzi,

en étend légèrement le champ, réservant l'opération aux chutes complètes et invétérées de l'utérus, où les parties herniées sont difficilement réduites et maintenues. Il fait toutefois des réserves au point de vue curatif, car il lui a toujours fallu recourir postérieurement à une opération anaplastique. Jusqu'alors, tout le monde admettait l'innocuité presque complète de l'opération. M. le Dentu s'élève contre cette idée et voudrait voir dans l'hystérectomie un pis-aller thérapeutique.

M. Regnier, moins pessimiste, est partisan de la méthode mais combinée aux anaplasties, il s'en trouve très bien. ne l'emploie que dans les cas prévus par les chirurgiens déjà cités. Cet avis est presque unanime d'ailleurs et rallie M. Bouilly.

M. Picqué ne reconnaît pas l'utilité de l'opération, sauf naturellement si l'utérus est dégénéré, il ne trouve pas d'indications dans ces prolapsus si fréquents chez les vieilles femmes, victimes du relâchement de leurs ligaments, son avis est qu'une hystéropexie combinée à un Alexander est le procédé de choix.

En résumé, ainsi qu'on a pu le voir, d'un commun accord, les chirurgiens s'emblent s'arrêter aux indications suivantes. Opérer :

1° Les utérus prolapsés cancéreux, fibromyomateux ou dont les annexes sont malades. Dans ce cas, on a plutôt en vue la dégénérescence que la chute ;

2° Les prolapsus irréductibles. La matrice dans ce cas n'est plus qu'un organe inutile. Il peut se présenter alors des ulcérations intéressant la muqueuse cervicale et vaginale, les exciser largement en pratiquant l'hystérectomie ;

3° Les prolapsus même réductibles, mais dans lesquels toutes les opérations anaplastiques tentées ont échoué, et alors ne pas opérer avant la ménopause chez ces malades, car, quoique précipités, leurs utérus sont encore propres à la fécondation ;

4° Lorsque le chirurgien se trouvera en face d'une malade de la catégorie précédente dont le moral sera trop affecté par l'infirmité ;

5° Lorsque la cystocèle causera des troubles vésicaux très grands et que des opérations auront déjà été tentées sans succès antérieurement. Il ne faut pas perdre de vue qu'une cystite peut se greffer sur une cystocèle et amener de la pyélonéphrite, dont nous ne dirons pas les accidents déplorables que chacun connaît.

De la lecture de ce qui précède et des nombreuses réserves faites au sujet de l'hystérectomie, il résulte que la prudence des opérateurs doit être extrême. Si l'on est à peu près d'accord sur la bénignité de l'intervention, il n'en existe pas moins des dangers quand ce ne serait que ceux d'une récurrence plus ou moins éloignée ; quelques chiffres nous permettront de le prouver.

Sur soixante-quatre observations où l'on a suivi des malades un certain temps après l'opération, nous constatons en effet vingt-trois récurrences complètes, ce qui donne 35 p. 100 d'insuccès thérapeutiques et encore nous donnons les résultats de trente-trois hystérectomies combinées avec des anaplasties diverses.

Quant aux suites immédiates, elles sont le plus souvent parfaites, mais il n'existe pas moins des dangers réels dans l'opération que ne compensent pas les succès éloignés. Sur cent cinq observations nous trouvons neuf cas de mort, les voici :

1° TAYLOR. — Mort par choc.

2° HAHN. — Issue après l'opération d'une anse intestinale, suite d'un effort de toux. Péritonite suppurée consécutive.

3° ODEBRECHT. — Collapsus profond aussitôt après l'opération. Décès au bout de trois jours causé par la parésie cardiaque. A l'autopsie, péritoine normal.

4° KEHRER. — Mort par péritonite.



5° FRITSCH. — Malade avec cystocèle. Morte le dixième jour de cystite, de pyélonéphrite greffée sur des reins atteints de néphrite interstitielle.

6° POZZI. — Malade morte au bout de cinq jours de coma urémique.

7° POZZI. — Malade morte le lendemain de congestion pulmonaire.

8° CHAPUT. — Morte par péritonite putride généralisée.

9° LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Hémorrhagie considérable arrêtée, mort quelques jours après dans le collapsus.

Si nous faisons abstraction de la mortalité causée par des complications cardiaques, rénales ou pulmonaires, il n'en reste pas moins cinq cas de décès directement causés par l'opération, soit 4,7 p. 100, et cela pour avoir 35 p. 100 de récidives. Aussi, devant les indications forcément très restreintes de l'opération et ses résultats éloignés peu satisfaisants, il nous semble utile et nécessaire d'employer des procédés anaplastiques complémentaires. Ce sera l'objet du chapitre suivant.

---

## CHAPITRE VI

### **Opérations complémentaires.**

Avant d'arriver à nos conclusions, il est nécessaire d'indiquer les opérations complémentaires qui nous semblent le plus utiles. En s'adressant à la matrice prolabée saine ou malade on ne s'occupe, en effet, que d'un seul facteur du problème : le poids de l'organe. Qu'il soit normal, hypertrophié ou atrophié, il est hors de doute qu'il influe sur le prolapsus, mais en réalité il n'est pas seul ; les ligaments et les appareils de soutènement entrent en ligne de compte et pour une part considérable. Il ne peut venir à l'idée d'aucun chirurgien, actuellement, de remettre et de maintenir en place, sans autre opération que l'hystérectomie vaginale, un vagin ou des organes qui ont subi un véritable glissement sur les plans profonds et viennent s'offrir à la vulve ou la déborder. La matrice enlevée, le tissu vaginal relâché, souvent épaissi et infiltré, réclame une réintégration et une fixation dans son domicile primitif, mais il est trop distendu pour s'y maintenir spontanément, pour s'appliquer contre les tissus sous-jacents.

Aussi Beverly Mac Monagle, de San-Francisco, eut-il l'idée ingénieuse de suturer l'un à l'autre les deux moignons des ligaments larges. Sa pensée première était de fermer le péritoine à toutes les infections possibles de l'extérieur et d'empêcher l'issue des intestins par la voie vaginale ; en outre, il assurait ainsi au vagin un point de fixation et d'attache solide qui, par la cicatrisation, tendait

à ramener les parois en haut si elles eussent voulu prolaber de nouveau. Martin et Czempin suivirent cette méthode et s'en trouvèrent très bien. Il fallait naturellement sectionner les ligaments larges assez loin de leur insertion utérine, sans quoi l'opération eut manqué son but.

Quénu, en France, a insisté d'une manière toute spéciale sur ce procédé et en a fait valoir les résultats excellents. Nous ne pouvons que citer, en abrégeant un peu, l'exposé de son manuel opératoire qu'il fit devant la Société de chirurgie de Paris, au commencement de l'année présente :

« L'incision circulaire vaginale faite autour du col, on procède, après avoir opéré comme pour une hystérectomie ordinaire, à l'ouverture des culs-de-sac postérieur et antérieur du péritoine, puis on sectionne l'utérus sur la ligne médiane. On procède ensuite à la ligature en chaîne de chaque ligament large au moyen de trois fils de soie dont on coupe un chef sur deux ; il ne reste plus alors sur chacun que trois fils de soie. Après l'excision préalable de chaque moitié utérine on réunit les deux moignons ligamenteux l'un à l'autre à l'aide des trois paires de fils que l'on noue deux à deux. Il se trouve alors à la partie supérieure du vagin une sorte d'écharpe, de sangle, qui s'oppose aux efforts abdominaux. Le péritoine est alors suturé aux bords antérieur et postérieur de ce plafond. Les pédicules sont donc situés en dehors du péritoine. On recouvre leur surface cruentée de celle du vagin que l'on suture entièrement au catgut, une des sutures au moins devra traverser les pédicules et la paroi pour amener une coaptation plus intime. Ceci fait, la fermeture est complète ; mais comme l'opération aura lieu presque à ciel ouvert et que le cul-de-sac ainsi formé se trouve à la vulve, on devra le refouler le plus profondément possible avec un tamponnement iodoformé qui servira de moule à la cavité vaginale ainsi reformée.

« Cette dernière étant ainsi fixée, il ne reste plus, dans

le cas de cystocèle ou de rectocèle, qu'à pratiquer une colporrhaphie. Cependant, si on néglige cette opération, le résultat primitif n'en est pas moins bon et la cystocèle légère qui pourra persister ne sera jamais susceptible d'empêcher les malades de vaquer à leurs occupations journalières. »

Quoique le procédé de M. Quénu semble compliqué au premier abord, il n'en accuse pas moins un progrès très sensible dans la voie de réfection des ligaments suspenseurs. On pourrait sans doute lui reprocher de compliquer l'hystérectomie par une section utérine médiane et longitudinale et de donner ainsi lieu à une perte de sang qui souvent est déjà très grande pour certaines des malades opérées ; mais l'objection tombe d'elle-même, étant donné que, sur cette ligne de section, les vaisseaux sont des capillaires et que le danger proviendra surtout de l'inhabilité et des hésitations du chirurgien. Nous avons vu nous-même pratiquer cette opération sur une malade qui, quoique très faible, l'a parfaitement supportée et a très bien guéri.

Cette méthode nous semble surtout applicable aux genres de prolapsus où il y a colpocèle peu énorme sans chute des organes voisins, vessie ou rectum, et où, naturellement, les indications de l'hystérectomie auront été jugées suffisantes.

Dans les cas compliqués de cystocèle ou de rectocèle, le poids à supporter sera trop lourd pour les ligaments larges relâchés et les cicatrices, il faudra s'adresser à la colporrhaphie antérieure et postérieure ou à d'autres opérations anaplastiques qui offrent plus de chances de réussite une fois l'utérus enlevé.

Vu le but spécial de notre thèse et n'ayant pas l'intention d'en faire un recueil des opérations à pratiquer pour combattre le prolapsus utérin, nous nous croyons dispensé d'en décrire le manuel opératoire. Le procédé de Fritsch,

qui unit la colporrhaphie antérieure et postérieure à l'opération de Quénu, nous semble plus digne d'attention et répondre à tous les desiderata. Asch, son élève, en a donné une description détaillée dans les *Annales für Gynécologie* de 1889, dont nous produisons la traduction publiée dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, en 1894, par MM. Hartmann et du Bouchet :

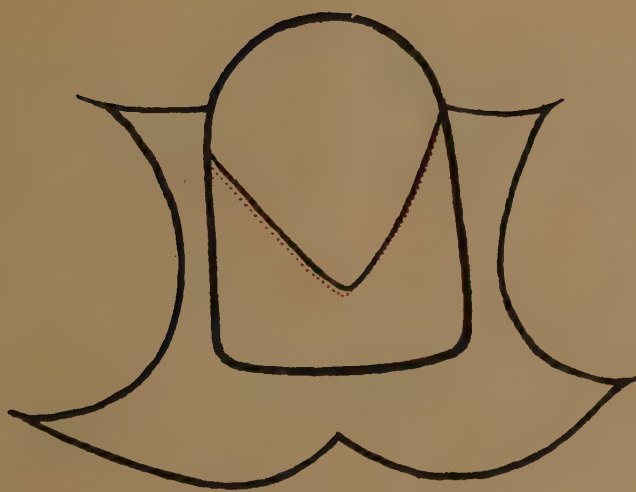
« La malade se trouvant dans la position dorso-sacrée, on place une pince de Museux sur le col qu'on tire fortement en haut et en avant ; on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre le cul-de-sac de Douglas et l'on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

« Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urèthre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col, ce qui se fait en partie avec les doigts, en partie au bistouri. Ce temps est quelquefois rendu difficile, spécialement lorsque des colporrhaphies antérieures obligent à travailler en plein tissu cicatriciel. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement dans le détachement de la vessie en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande, on inciserait à travers le muscle utérin.

« L'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale, antérieurs et postérieurs y attenants, on réunit transversalement les deux lèvres de la résection

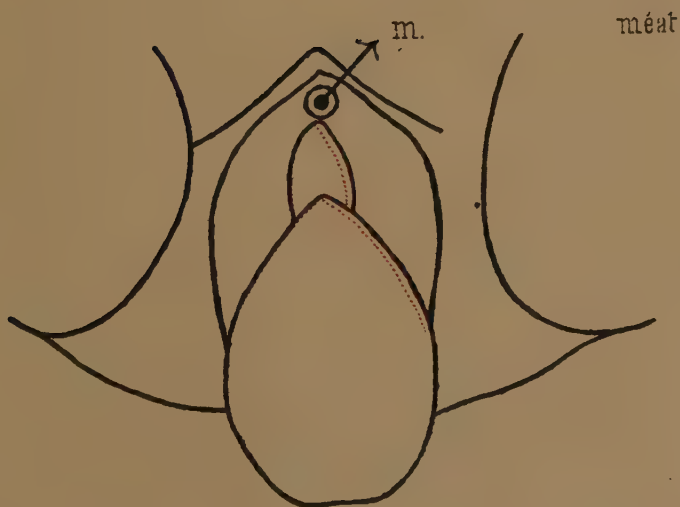


Fig. IV



*Avivement vaginal postérieur*

Fig. V



*Avivement vaginal antérieur*

*pointillées indiquent les sections pratiquées sur les parois vaginales*



de la paroi vaginale antérieure ; puis, après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale. De plus (et Asch insiste sur ce point de l'enseignement du maître), les moignons des ligaments larges sont suturés au vagin de chaque côté.

« De cette manière, le peu qui reste de vagin est attiré en haut par le péritoine et surtout par les moignons des ligaments larges. La cavité péritonéale non oblitérée est fermée par un tampon de gaze iodoformée. »

En comparant les procédés de M. Quénu et de Fritsch l'un à l'autre, il est facile de remarquer les inconvénients du dernier qui sont une mutilation très grande, et comme le dit M. Hartmann, un obstacle à la cohabitation, ce qui est quelquefois très pénible même pour des femmes d'un âge avancé. Le plafond du vagin est, en effet, abaissé d'une manière très sensible et forme un véritable diaphragme au niveau d'une vulve largement béante. La traction est divisée entre les ligaments larges, le péritoine et les parois vaginales, car les premiers ne sont pas unis l'un à l'autre mais suturés au reste du vagin. Asch ne recourt à son procédé qu'en présence d'un prolapsus génital compliqué de rectocèle ou de cystocèle énormes cachant l'utérus et formant une tumeur énorme à la vulve : « Olshausen et Coe, dit le précédent, qui y ont eu recours, s'en déclarent très satisfaits, nous-même l'avons trouvé excellent dans les cas où nous l'avons mis en pratique. Nous attendrons toutefois les résultats éloignés pour être fixé sur sa valeur définitive. »

M. le professeur agrégé Vautrin nous a communiqué une modification qu'il a introduite dans la pratique de l'hystérectomie. Ce procédé qui vise la colpocèle et la cystocèle qui semblent suivre trop souvent l'ablation de la matrice, nous a paru digne d'attention et capable d'amener une colpopexie et une cystopexie réelles sans

créer une trop grande mutilation de ce qui reste du vagin.

On pratique une incision circonférentielle sur la muqueuse cervicale vaginale et l'on commence par disséquer artificiellement la cloison vésico-vaginale et vésico-utérine avec énormément de prudence, ce qui est toujours très difficile. On ouvre ensuite le cul-de-sac vésico-utérin. On agit de même à l'égard de la cloison recto-vaginale et du cul-de-sac de Douglas. Ceci fait, on introduit dans chaque plaie péritonéale et dans chaque cul-de-sac, les deux index recourbés en crochets, de manière à déchirer le péritoine jusqu'aux ligaments larges. On place ensuite une pince de Péan sur la partie inférieure du ligament large gauche dont on sectionne la moitié. A ce moment, l'utérus s'abaisse très facilement, un index introduit en crochet contourne la corne utérine gauche et sert de conducteur à une aiguille mousse munie d'un fil qui sert à lier l'autre moitié du ligament. On sectionne au ras de l'utérus et l'on opère de même à droite, lorsqu'on a sectionné de ce côté l'utérus est complètement libéré et tombe entre les mains de l'opérateur. Les ligaments sont alors réunis sur la partie médiane par un des chefs de chaque fil de ligature, l'autre chef ayant été coupé comme dans le procédé de M. Quénu, et on le passe alors dans le péritoine rétro-vésical et la paroi antérieure du vagin. La ligature faite, le bas-fond de la vessie et la colpocèle antérieure sont ramenés en haut et maintenus. Dans le cas de rectocèle on procédera de même à la partie postérieure avec une des paires de fils.

Ce procédé, qui a donné de bons résultats à M. Vautrin dans les deux hystérectomies qu'il a pratiquées pour prolapsus, nous semble très rationnel, malheureusement il n'a pas encore suffisamment fait ses preuves pour que nous puissions en causer plus longuement et en tirer des conclusions.

Les procédés que nous venons d'énumérer et qui trouvent chacun leur place dans les hystérectomies suivant l'état des éléments et des organes qui constituent ce que nous appellerons un prolapsus génital, combient dans la limite du possible une lacune qui existe dans l'opération non alliée aux procédés proposés. Consultons les observations précédentes et nous serons vite convaincu, aussi donnons-nous une série de tableaux dont l'éloquence des chiffres fera foi en la matière. Nous ne citerons, d'ailleurs, que les cas où les malades ont été revues un temps assez long après l'opération.

**Hystérectomie combinée avec le procédé de Fritsch.**

TABLEAU I.

NOM de L'OPÉRATEUR.	ÉTAT DU PROLAPSUS.	RÉSULTATS.
Goe.....	Chute complète.	Guérison.
Martin .....	Chute complète.	Guérison.
Olshausen..	Chute avec cystocèle et rectocèle.	Guérison.
Fritsch.....	Chute. Cystocèle énorme.	Guérison.
Fritsch.....	Chute. Cystocèle énorme, petite rectocèle.	Guérison.
Fritsch.....	Chute avec légère rectocèle.	Guérison.
Fritsch.....	Chute. Cystocèle, rectocèle.	Guérison.
Fritsch.....	Prolapsus comme une tête de fœtus. Grosse cystocèle, petite rectocèle.	Guérison.
Pozzi .....	Prolapsus complet, énorme.	Succès.
Pozzi .....	Prolapsus avec cystocèle.	Légère cystocèle ré- cidive.
Marchand ..	Prolapsus avec légère cystocèle.	Colpocèle légère an- térieure.
Czempin ...	Prolapsus total.	Guérison.
Czempin ...	Prolapsus énorme.	Guérison.



## Hystérectomie combinée avec opérations anaplastiques.

TABLEAU II.

NOM de L'OPÉRATEUR.	ÉTAT DU PROLAPSUS.	OPÉRATIONS ANAPLASTIQUES complémentaires.	RÉSULTATS.
Léopold....	Énorme.	Colporrhaphie postérieure.	Bon.
Léopold....	Énorme.	Colporrhaphies antérieure et postérieure.	Récidive.
Léopold....	Énorme.	Colporrhaphie antérieure, colpopérinéorrhaphie pos- térieure.	Bon.
Léopold. ..	Cystocèle intense.	Colporrhaphies antérieure et postérieure.	Bon.
Martin.....	Total.	Colporrhaphies antérieure et postérieure.	Bon.
Martin.....	Total.	Suture du péritoine au vagin.	Bon.
Martin.....	Total.	Suture du péritoine au vagin.	Bon.
Martin....	Total.	Colporrhaphies antérieure et postérieure.	Bon.
Martin.....	Total.	Colporrhaphies antérieure et postérieure.	Bon.
Martin.....	Total.	Colporrhaphies antérieure et postérieure.	Bon.
Beverly Mac Monagle.	Cystocèle.	Suture transversale des li- gaments larges. Colpor- rhaphies antérieure et pos- térieure, périnéorrhaphie.	Bon.
Asch.....	Total.	Colporrhaphie antérieure.	Bon.
Edebohls...	Complet.	Colporrhaphie latérale, pé- rinéorrhaphie.	Bon.
Quénu.....	Complet.	Colporrhaphies antérieure et postérieure, périnéor- rhaphe.	Succès.
Quénu....	Complet.	Périnéorrhaphie.	Succès.
Quénu.....	Complet.	Périnéorrhaphie.	Succès.
Lejars.....	Complet.	Colporrhaphie latérale.	Succès.
Chaput....	Complet.	Résection vaginale et suture.	Succès.
Chaput.....	Complet.	Résection vaginale et suture.	Succès.
Schwartz...	Complet.	Elythrorrhaphie colpopéri- néorrhaphie postérieure.	Succès.
Vautrin....	Complet. Cystocèle.	Fixation du vagin et du bas- fond vésical.	Succès.
Vautrin....	Cystocèle, rectocèle	Fixation du vagin et du bas- fond vésical.	Succès.

**Hystérectomie simple.****TABEAU III.**

NOM de L'OPÉRATEUR.	ÉTAT DU PROLAPSUS.	RÉSULTATS.
Richelot. . . .	Total.	Récidive presque immédiate.
Routier . . . .	Cystocèle.	Récidive partielle de la cystocèle.
Monod . . . .	Total.	Bon résultat
Hartmann . .	Total.	Bon résultat.
Quénu . . . .	Total.	Bon résultat.
Le Dentu . . .	Total.	Insuccès complet.
Le Dentu . . .	Total.	Récidive presque immédiate.
Guillou . . . .	Total.	Récidive presque immédiate.
Chaput . . . .	Rectocèle.	Colpocèle guérie, mais récidive partielle de la rectocèle.
Gérard-Marchand.	Cystocèle.	Cystocèle récidive en partie.
Segond . . . .	Cystocèle énorme.	Cystocèle récidive complètement.
Segond . . . .	Cystocèle énorme.	Cystocèle récidive complètement.
Segond . . . .	Cystocèle énorme.	Insuccès complet.
Richelot . . . .	Cystocèle.	Insuccès complet.
Richelot . . . .	Pas de cystocèle.	Succès.
Richelot . . . .	Pas de cystocèle.	Succès.
Richelot . . . .	Pas de cystocèle.	Succès.
Richelot . . . .	Pas de cystocèle.	Succès.
Reclus . . . .	Cystocèle, rectocèle énormes.	Récidive complète, presque immédiate.
Morestin . . .	Total.	Succès.
Reclus . . . .	Total. Cystocèle.	Colpocèle récidive.
Pozzi . . . . .	Total. Cystocèle. /	Colpocèle récidive.
Chaput . . . .	Total. Cystocèle.	Succès.
Bouilly . . . .	Total.	Bon résultat.
Terrillon . . .	Total.	Bon résultat.
Segond . . . .	Avec cystocèle.	Récidive de la cystocèle.
Le Dentu . . .	Total.	Colpocèles antérieure et postérieure.
Heydenreich	Cystocèle et rectocèle	Cystocèle récidivée, moins forte.
Heydenreich	Cystocèle et rectocèle	Succès.
Heydenreich	Total.	Résultat bon.
Gross . . . . .	Total. Cystocèle et rectocèle.	Récidive, mais amélioration notable.

Nous nous trouvons en présence de résultats bien différents, suivant que l'hystérectomie a été combinée ou non avec d'autres procédés anaplastiques ou fixateurs.

Pratiquée seule, elle nous donne seize succès complets et quatre demi-succès dans trente-et-un cas. Combinée avec le procédé de Fritsch, sur douze opérations elle ne fournit que deux récidives peu graves, n'entraînant aucune conséquence, et dans vingt-deux observations où on s'est adressé à des opérations anaplastiques complémentaires nous ne trouvons qu'une récidive.

Nous tenons à nous expliquer sur le mot récidive, nous entendons par là, non pas un prolapsus nouveau des parois vaginales, de la vessie ou du rectum, mais un demi-succès opératoire : tel que la persistance d'une cystocèle, moitié moindre qu'avant l'opération ou une légère colpocèle, en un mot tout ce qui est un prolapsus même minime des parties génitales qui subsistent après l'hystérectomie.

La conclusion de ce que nous venons de dire est aisée à tirer : en présence d'indications bien nettes de pratiquer l'hystérectomie, on doit toujours la combiner avec des procédés anaplastiques ou fixateurs et dans la séance même si possible.

---

## CONCLUSIONS

---

Pour nous résumer, nous dirons que le chirurgien ne pratiquera l'hystérectomie qu'en présence de matrices prolabées atteintes de dégénérescences cancéreuses, fibromyomateuses, ou dont les annexes sont malades, ou dont la partie cervicale présente des ulcérations très étendues. Inutile de dire que si ces ulcérations sont situées sur le vagin, l'indication n'en subsistera pas moins.

Enlevez aussi un utérus prolabé irréductible ou bien réductible, mais que des opérations anaplastiques antérieures n'auront pu maintenir en place, et alors n'opérez que les femmes qui ont atteint la ménopause.

L'hystérectomie n'est, comme on l'a fort bien dit, que le premier temps d'une opération à laquelle feront suite des opérations anaplastiques ultérieures, et nous ajouterons que souvent elles l'auront précédée.

En présence d'une chute totale peu volumineuse, chez une femme à parois et à ligaments peu relâchés, le plus simple, le plus prudent et le plus pratique sera de combiner l'hystérectomie aux procédés de M. Quénu et de M. Vautrin, ou aux colporrhaphies soit antérieure, soit postérieure. S'il y a eu dans le principe rupture du périnée, recourir à la colpopérinéorrhaphie postérieure après l'hystérectomie.

Dans les cas de prolapsus énormes compliqués de cystocèle et de rectocèle énormes, elles aussi, le procédé de Fritsch nous semble tout indiqué.

Mais l'hystérectomie ne sera jamais qu'une opération d'exception ; si elle supprime l'utérus elle n'atteint pas les

colpocèle, cystocèle et rectocèle, elle n'attaque qu'une partie du mal.

Sa mortalité, relativement grande encore, lui fera préférer les opérations anaplastiques qui n'ont peut-être pas encore dit leur dernier mot.

L'hystérectomie n'en reste pas moins une ressource précieuse pour les cas extrêmes, et alors, avant d'intervenir, le chirurgien devra examiner l'état de sa malade, car l'opération nous paraît devoir réveiller des affections organiques latentes ou enrayées du cœur, du poumon, du rein et du système nerveux.





## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- COE. — *Amér. jour. of. obstétr.*, 1890, p. 90.
- KRUG. — *Idem*, 1891, p. 203.
- HUNTER. — *Idem*, 1888, p. 177.
- TAYLOR. — *Idem*, 1888, p. 1185.
- HAHN. — *Berlin Klinisch Woch.*, 1882, p. 362.
- HAHN. — *Idem*.
- LÉOPOLD. — *Archiv. für Gynécol.*, 1887, T. XXX, p. 420.
- LÉOPOLD. — *Idem*, 1887, p. 42.
- LÉOPOLD. — *Münchmeyer in Arch. für Gyn.*, 1889, p. 456.
- MARTIN. — *Düvelius Centr. für Gyn.*, 1882.
- MARTIN. — *Berl. Klin. Wochen.*, 1891, p. 1087.
- ODEBRECHT. — *Centralblatt für Gyn.*, 1890, p. 49.
- BEVERLY. — *Gynécology Trans.*, 1892.
- MAC COSCH. — *New-York méd. jour.*, 1892, XL.
- KEHRER. — *Archiv. für Gynécologie*, 1889.
- MÜLLER. — *Centr. für Gynécol.*, 1889.
- Robert ASCH. — *Archiv. für Gynécologie*, 1889, p. 192.
- NÉGRETTA. — *Gazette de Gynécol. de Milan*, 1890.
- EDEBOHLS. — *Amér. journ. of. obst.*, 1893.
- CLARKE. — *Ann. of. Gynécol.*, 1893.
- BOLDT. — *New-York journal of. Gyn.*, 1893.
- CZEMPIN. — *Central. für Gynéc.*, 1893.
- RICHELOT. — *Revue chirurgicale*, 1889. Commun. à l'Académie.
- MONOD. — *Observ. présentée à la séance de la Société de ch. de Paris*, le 7 février 1894.
- Hartmann et du Bouchet. — *Ann. de Gyn.*, janv. 94.
- Hartmann et du Bouchet. — *Loc. cit.*
- QUÉNU. — *Annales de Gynécologie*, janvier 1894.
- *Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1894, p. 45.
- GUILLOU. — *Thèse.*
- *Bull. de la Soc. de ch. de Paris*, 1894.
- RICHELOT. — *Thèse de Zolotniskz*, Paris, 1894.
- *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris.

- MORESTIN. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, février 1894.  
TERRILLON. — *Leçons de clinique chirurgicale*.  
SECHEYRON. — *Traité d'hystérectomie et d'hystérotomie*.  
Petit et Bonnet. — *Traité de Gynécologie*.  
Duplay et Reclus. — *Grande chirurgie*.  
Lucas-Championnière. — *Thèse de Prieur*, Paris, 1894.  
POZZI. — *Traité de Gynécologie*.  
*Annales de Gyn. et d'obst.*
-

# TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION . . . . .	5
CHAPITRE I. — Aperçu historique . . . . .	7
CHAPITRE II. — Étiologie et anatomie pathologique du prolapsus utérin complet. . . . .	11
CHAPITRE III. — Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale dans le prolapsus utérin complet. . . . .	14
CHAPITRE IV. — Observations . . . . .	22
CHAPITRE V. — Indications de l'hystérectomie. — De ses suites. . .	83
CHAPITRE VI. — Opérations complémentaires. . . . .	89
CONCLUSIONS . . . . .	99







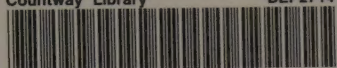


24.D.177

De l'hysterectomie vaginale tot1894

Countway Library

BEP2714



3 2044 045 894 854



24.D.177  
De l'hystérectomie vaginale tot1884  
Countway Library

BEP2714



3 2044 045 894 854